

Aus der Neurologischen Klinik des St. Josefs-Hospitals
der Ruhr-Universität Bochum
Chefarzt: Prof. Dr. med. E. Müller

**Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Gamma- und
Delta-Alkoholikern hinsichtlich Persönlichkeit,
sozialer Entwicklung, Umfeld und Einstellung zur Sucht**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
RENATE BAUER
aus München

1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546407_0048

Aus der Neurologischen Klinik des St. Josefs-Hospitals
der Ruhr-Universität Bochum
Chefarzt: Prof. Dr. med. E. Müller

**Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Gamma- und
Delta-Alkoholikern hinsichtlich Persönlichkeit,
sozialer Entwicklung, Umfeld und Einstellung zur Sucht**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum

vorgelegt von
RENATE BAUER
aus München

1985

Dekan: Prof. Dr. med. P. Scheid
Referent: Prof. Dr. med. E. Müller
Korreferent: Prof. Dr. med. H. Viefhues

Tag der mündlichen Prüfung: 10. 12. 1985

G l i e d e r u n g

Seite

1.	Einleitung	4
2.	Angaben aus der Literatur	8
2.1	Alter	10
2.2	Familienstand	12
2.3	Wohnverhältnisse	15
2.4	Soziale Kontakte	16
2.5	Schul- und Berufsausbildung	17
2.6	Stellung im Berufsleben	18
2.7	Berufsgruppen	19
2.8	Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzwechsel	20
2.9	Alkoholkonsum zur Zeit der Krankenhauses- einweisung	21
2.10	Rauschmittel- und Tabakkonsum	26
2.11	Art der Krankenhausaufnahme	26
2.12	Anteil der Wiederaufnahmen	27
2.13	Herkunftsfamilie und Situation in der Kindheit	28
2.14	Häufigkeit von Alkoholismus in Familie und Verwandtschaft	29
2.15	Zusammenhänge von Suizidversuchen und Alkoholabhängigkeit	31
2.16	Beginn des Alkoholkonsums	31
2.17	Persönlichkeit der Kranken	32
3.	Krankengut und Untersuchungsmethoden	35

	Seite
4. Ergebnisse	40
4.1 Aufteilung der Patienten in die verschiedenen Typen und Stadien des Alkoholismus	40
4.2 Alter	41
4.3 Familienstand	42
4.4 Psychosoziale Stellung	42
4.4.1 Wohnverhältnisse	42
4.4.2 Kontakt zur Herkunftsfamilie	43
4.4.3 Beziehungen im sozialen Umfeld	44
4.5 Sozioökonomische Stellung	45
4.5.1 Schulbildung	45
4.5.2 Berufssituation	45
4.5.3 Berufszweig	48
4.5.4 Anzahl der Arbeitsplatzwechsel	49
4.5.5 Zeiten der Arbeitslosigkeit	50
4.6 Trinkgewohnheiten	52
4.6.1 Trinkmenge und Trinkfrequenz	52
4.6.2 Art der Getränke	53
4.6.3 Trinkverhalten	54
4.6.4 Trinkmotiv	56
4.6.5 Änderung des Trinkverhaltens innerhalb der letzten 2 Jahre	57
4.6.6 Polytoxikomanie	58
4.6.7 Kombination von Alkohol und Rauchen	59
4.6.8 Beginn und Dauer des Alkoholmißbrauchs	60
4.7 Einweisungsdiagnose	62
4.8 Anzahl der bereits erfolgten stationären Alkoholentzüge	63

	Seite
4.9 Mögliche Ursachen des Alkoholismus	64
4.9.1 Familiensituation in der Kindheit	64
4.9.2 Soziale Stellung der Eltern	66
4.9.3 Alkoholkonsum der Eltern	67
4.9.4 Alkoholismus in der Verwandtschaft	69
4.9.5 Suizidversuche in der Familie	69
4.9.6 Erste Erfahrungen mit dem Alkohol	70
4.9.7 Erster Rausch	72
4.9.8 Motive für den regelmäßigen Alkoholgenuß	74
4.10 Persönlichkeitsmerkmale im Gießen-Test	75
5. Diskussion	86
6. Zusammenfassung	103
7. Literaturverzeichnis	105

1. Einleitung

Seit Jahrhunderten stellt der chronische Alkoholismus ein großes soziales und medizinisches Problem dar, das durch die soziale Bewegung im 19. Jahrhundert zum ersten Mal auf internationaler Ebene aufgegriffen worden war, als Elendsalkoholismus apostrophiert und angeprangert und die Beseitigung seiner Ursachen in die politischen Forderungen eingebunden worden war (134, 135).

In der Folgezeit kam es, teils aus politischen teils aus religiösen Motiven, zur Gründung der ersten Abstinenzbünde (136). Um die Jahrhundertwende fanden bereits erste internationale Kongresse zum Problem des Alkoholmißbrauchs statt (133).

Nach dem 2. Weltkrieg akzeptierten mehr und mehr Staaten aller politischen Richtungen, unterstützt von der Weltgesundheitsorganisation, das Krankheitskonzept des Alkoholismus.

Dies führte zur verstärkten staatlichen Unterstützung von medizinischen, psychologischen und soziologischen Programmen zur Erforschung, Verhütung und Therapie des Alkoholismus, was aufgrund der ständig gestiegenen Zahlen an alkoholkranken Personen dringend erforderlich war.

Die folgenden Zahlen sollen dies verdeutlichen.

Wurde die Anzahl der Alkoholiker in der Bundesrepublik 1968 auf 600 000 Personen, d. h. 1 % der Bevölkerung geschätzt, so war 1972 in einer Veröffentlichung der Bundesregierung von ca. 1 Million Alkoholkranker, d. h. 1,5 bis 1,6 % der Bevölkerung die Rede (55, 60).

Wieser stellte allerdings schon 1973 bei der Veröffentlichung seiner Ergebnisse über das Trinkverhalten der Deutschen, die er anhand einer 1967 durchgeführten repräsentativen Umfrage in der Bundesrepublik einschließlich West-Berlin gewonnen hatte, fest, daß die Gesamtzahl der manifesten und latenten Alkoholiker bei 7 % der Bevölkerung liegen dürfte (126).

1973 ergab eine repräsentative Umfrage im Bundesland Bremen einen Anteil von 2 - 2,5 % an Alkoholkranken in der Bevölkerung (127).

1974 ermittelte eine Studie der Deutschen Gesellschaft für Suchtgefahren bei 4 % der befragten Personen einen Alkoholmißbrauch (42). Im Psychiatrie-Bericht aus dem Jahre 1975 heißt es: "An einer Alkoholkrankheit leiden in der Bundesrepublik Deutschland nach vorsichtigen Schätzungen 1,2 bis 1,8 Millionen Menschen" (19). Nach einer bayerischen Repräsentativ-Erhebung, die 1976 an 12 - 24 Jahre alten Personen durchgeführt worden war, waren 6 % dieser Jugendlichen unter Zugrundelegung eines Gefährdungsindex stark gefährdet (8, 63). Diese große Anzahl von Kranken, vor allem der ständig größer werdende Anteil von Jugendlichen unter ihnen, führt zu großen medizinischen und sozialen Problemen und verursacht gleichzeitig enorme volkswirtschaftliche Kosten, die durch Behandlungsmaßnahmen, Rentenzahlungen, Arbeitsausfall, Minderproduktion, Schäden an Betriebsanlagen und Kriminalität entstehen.

Die Entstehungsbedingungen des Alkoholismus können nur durch eine multikonditionale Betrachtungsweise erklärt werden.

Alkohol, Individuum und soziales Umfeld stehen in einem dynamischen Gleichgewicht. Die Veränderung eines Faktors hat immer auch Auswirkungen auf die anderen.

Das folgende Grundmodell soll dieses Bedingungsgefüge des Alkoholismus skizzieren:

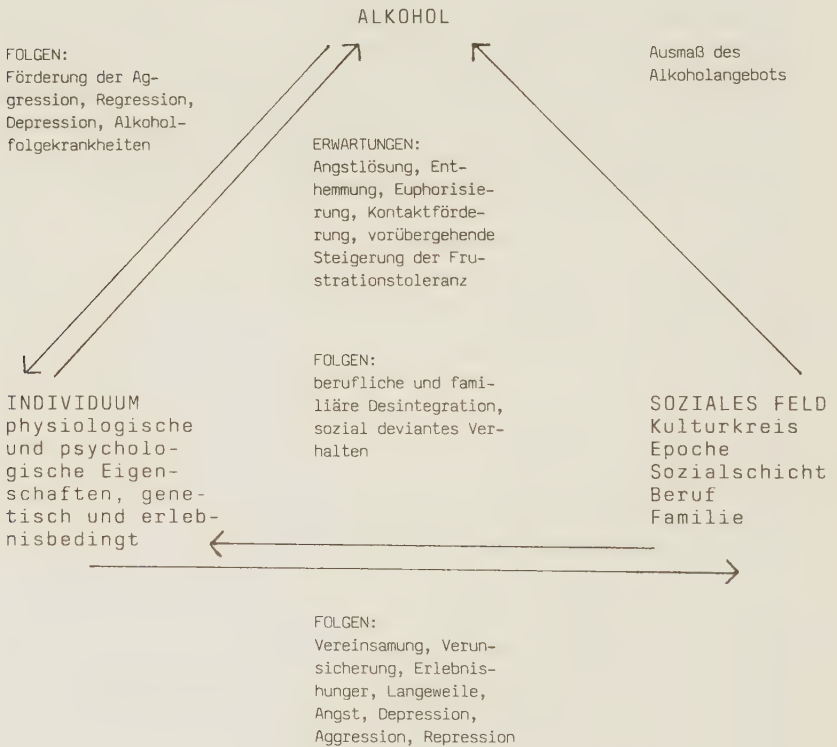


Abb. 1: Modell für die Entstehung des Alkoholismus, modifiziert nach Feuerlein (1973)

Ziel dieser Arbeit ist es, zu prüfen, ob sich in Bezug auf das soziale Umfeld und die Persönlichkeit bei zwei verschiedenen alkoholabhängigen Patientenkollektiven der Neurologischen Klinik des St.Josef-Hospitals, Klinik der Universität Bochum, interpretierbare Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen ergeben.

Angaben aus der Literatur über männliche Alkoholiker sollen diesen Ergebnissen gegenübergestellt werden.

2. Angaben aus der Literatur

Zu Beginn dieses Kapitels sollen kurz die Teilaspekte des sozialen Umfeldes, die bei der Entstehung des Alkoholismus eine Rolle spielen und in dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurden, dargestellt werden.

Nach der strukturell-funktionalistischen Theorie besteht die entscheidende Grundfunktion des Alkohols in der Angstreduktion (9, 11, 62). Die Trinkantwort der Gesellschaft hängt mit dem Angstpegel dieser Gesellschaft und umgekehrt mit der Gegenangst zusammen, die durch unangenehme Erfahrungen und Sanktionen während und nach dem Trinken ausgelöst werden. Einfluß auf das Trinkverhalten haben aber auch die Ersatzbefriedigungen, die eine Kultur an Stelle von Alkohol zur Bewältigung von Angst und Spannung anbietet.

Ein weiterer Faktor, der das Trinkverhalten beeinflusst, ist die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Alkoholkonsum und Alkoholmißbrauch.

Nach Bales und Pittman kann man vier Kulturformen unterscheiden (11, 92, 93):

- 1) Abstinenzkulturen, mit dem Verbot jeglichen Alkoholgenusses. Als Beispiele gelten die islamische und hinduistische Kultur.
- 2) Ambivalenzkulturen, die durch Konflikte zwischen koexistierenden Wertstrukturen gegenüber dem Alkoholkonsum gekennzeichnet sind. Diese Kulturform findet sich in großen Teilen Skandinaviens, Englands und den USA. Ihre Einstellung gegenüber dem Alkohol basiert auf den puritanischen Auffassungen des anglikanischen Protestantismus und führt zu Beschränkungen im Alkoholverkauf und -gebrauch, was zu einer Verlagerung des Alkoholkonsums aus der Öffentlichkeit in den privaten Kreis führt, wobei hochprozentige Alkoholika bevorzugt werden. In diesen Gesellschaften finden sich unter den Alkoholkranken überwiegend Gamma-Alkoholiker, d. h. Personen, die durch den Verlust der Trinkkontrolle gekennzeichnet sind.

- 3) Permissivkulturen, die den Alkoholgenuß erlauben, jedoch Trunkenheit und andere pathologische Erscheinungen des Alkoholkonsums ablehnen. Zu diesen zählen die meisten Mittelmeer-Länder. Hier trinkt fast die gesamte Bevölkerung schon von der Jugendzeit an Alkohol, vorwiegend Wein und Bier. Der Genuß ist aber auf kleine Mengen und auf bestimmte Situationen, besonders auf die Mahlzeiten, beschränkt. Unter den Alkoholkranken finden sich im Gegensatz zu den Ambivalenzkulturen vorwiegend Delta-Alkoholiker, d. h. Personen, die unfähig sind, abstinente zu bleiben.
- 4) Permissiv-funktionsgestörte Kulturen, hier wird nicht nur "normales" sondern auch exzessives Trinken gebilligt. In ihrer Reinform existiert diese Kulturform nirgendwo. In gemäßigter Form kommt sie aber in Ländern wie Frankreich, Chile und Bolivien vor. Deutschland, Österreich und die Schweiz nehmen eine Mittelstellung zwischen den beiden letztgenannten Kulturformen ein.

Weitere Einflußgrößen auf den Alkoholverbrauch sind die Griffrähe und der Preis für Alkoholika. Prohibition kann den Alkoholismus zwar nicht beseitigen, doch führen beschränkende Maßnahmen, wie Erhöhung der Alkoholsteuer, Beschränkung der Alkoholherstellung und des Alkoholverkaufs zu einer Verminderung des Alkoholkonsums und der Alkoholismushäufigkeit (40, 46, 63, 78, 79).

Die Einstellung in Bezug auf den Alkoholkonsum schwankt in jeder Gesellschaft im Laufe der Jahrzehnte. Sie pendelt dabei zwischen den Polen: Verdammung, wie es sich z. B. in den Prohibitionsgesetzen in den USA geäußert hat und Verherrlichung bzw. Förderung des Alkoholkonsums. Diese Einstellung äußert sich auch in den sozialen Normen, die den Alkoholkonsum regeln und verantwortlich für das sind, was in einer Gesellschaft als "normal" toleriert und gefördert, oder was als "pathologisch" bezeichnet und bekämpft wird. Darüber hinaus ist die Dunkelziffer nicht erreichbarer Alko-

holkranker gerade in den Ländern sehr hoch, deren Bevölkerung dem Alkoholgenuß gegenüber sehr tolerant eingestellt ist. Hier stoßen die therapeutischen Maßnahmen auf die größten Behandlungswiderstände in der gesamten Bevölkerung. Dies hat zur Folge, daß erst schwer geschädigte oder auffällige Alkoholabhängige zu einer Behandlung motiviert werden. Während früher der Alkoholismus vor allem in den unterprivilegierten sozialen Schichten verbreitet war und man deshalb vom "Elendsalkoholismus" sprach, dürften jetzt in den westlichen Ländern vor allem die oberen und untersten sozialen Schichten am meisten betroffen sein. Untersuchungen zeigen, daß gerade die Frauen, die in immer größer werdender Zahl vom Alkoholismus betroffen sind, aus den gehobenen Bevölkerungsschichten stammen (42, 48, 127). Daher wurde der Begriff vom "Wohlstandsalkoholismus" geprägt.

2.1 Alter

In den Veröffentlichungen, die bis zum Ende der 60er Jahre erschienen waren, war das Durchschnittsalter der Alkoholiker zwischen 40 und 50 Jahren angegeben worden, wobei eine langsame Abnahme des Patientenalters sichtbar geworden war, was auch durch jüngere Untersuchungen bestätigt werden konnte (2, 10, 16, 31, 36, 56, 75, 76, 83, 121, 124). So gab Waller das Durchschnittsalter der männlichen Alkoholiker, die in den Jahren 1963 - 67 in einem Allgemeinen Krankenhaus in den USA aufgenommen worden waren, mit 42,7 Jahren an (122). Dahlgren fand bei seinen Studien, die er in den Jahren 1963 - 69 an einer Alkohol-Fachklinik in Schweden durchführte, ein durchschnittliches Alter von 41,0 bzw. 40,3 Jahren (32, 33). Ashley erhielt bei 1 000 Patienten, die in den Jahren 1967 - 69 in einer kanadischen Fachklinik für Alkoholkranke aufgenommen worden waren, ein Durchschnittsalter von 45,4 Jahren, wobei reine Alkoholiker ein Alter von 46,5 Jahren und Polytoxikomane mit überwiegendem Alkoholmißbrauch ein Alter von 41,5 Jahren aufwiesen (6, 7).

Untersucher, wie z. B. Holzgreve, die sich nicht nur mit stationär behandelten Alkoholkranken in Deutschland beschäftigten, bemerkten schon viel früher, als dies mit klinischen Studien möglich war, daß das Durchschnittsalter der Alkoholiker in den letzten zwei Jahrzehnten um 3 bis 6 Jahre gesunken war und der Anteil der Jugendlichen bis zum 25. Lebensjahr bis zu 9 % der Kranken betrug (61).

Diese Ergebnisse wurden 1973 von Feuerlein und Kunstmann bestätigt (41). In den Studien, die in den Jahren 1977 - 82 veröffentlicht wurden, konnte auch für stationär behandelte Alkoholiker die deutliche Altersabnahme gezeigt werden. Die Mehrzahl der Patienten befand sich nicht mehr in der Altersstufe der 40 - 50jährigen sondern in der, der 30 - 40jährigen.¹⁾

-
- 1) Dieser Trend läßt sich sehr gut anhand der Zahlen von Tecklenburg aus der Schweiz verfolgen (118). Er veröffentlichte für die Jahre 1950 - 1976 die Erstaufnahmeraten in den Heilstätten für Alkohol-
kranke, aufgelistet nach Altersgruppen.

Altersgruppe, Anzahl der Patienten in %

Jahr	30-39	40-49	50-59
1950	21,4	37,5	25,4
1955	23,5	33,9	24,8
1960	25,9	27,4	25,4
1965	20,3	29,8	25,8
1970	22,4	26,2	26,6
1975	31,0	27,2	20,9
1976	27,8	23,6	22,9

Tab. 1: gekürzt dargestellte Tabelle aus Tecklenburg (118). Erstaufnahmeraten männlicher Patienten in schweizerischen Heilstätten für Alkohol-
kranke.

Während die 40 - 49jährigen bis zum Jahr 1965 die größte Patientengruppe stellten, gefolgt von den 50 - 59jährigen und im Jahr 1970 sogar die 50 - 59jährigen an erster Stelle standen, bildeten in den Jahren 1975 und 1976 die 30 - 39jährigen die größte Patientengruppe, gefolgt von den 40 - 49jährigen Patienten.

Diebel analysierte die Jahresdurchgänge einer deutschen Neurologischen Klinik und errechnete bei über 1 000 Alkoholkranken in den Jahren 1970 - 77 Schwankungen im Durchschnittsalter der Patienten zwischen 37,3 und 41 Jahren (35). Dies entspricht einer deutlichen Abnahme des Alters der Patienten in dieser Klinik gegenüber dem Zeitraum von 1950 - 70. Eine Studie dieser Klinik ergab damals für die männlichen Alkoholiker ein Durchschnittsalter von 42,3 Jahren (90).

Mulford errechnete bei ca. 3 500 Personen, die 1974 das erste Mal in einem der staatlichen Zentren für Alkoholiker in Iowa aufgenommen worden waren, ein durchschnittliches Alter von 39 Jahren und stellte fest, daß die Patienten, die jünger als 30 Jahre waren, mit einem Anteil von 31 % der Aufgenommenen deutlich überrepräsentiert waren, verglichen mit ihrem Anteil in der Allgemeinbevölkerung, der in Iowa zu diesem Zeitpunkt 21 % betrug (82).

Stabenau bestätigte diese Ergebnisse (112). Koritsch bezifferte das Durchschnittsalter männlicher Patienten, die 1976 - 77 in einer Neurologisch-Psychiatrischen Fachklinik der DDR mit der Diagnose eines chronischen Alkoholismus aufgenommen worden waren, mit 37 Jahren (74).

2.2 Familienstand

Paolino veröffentlichte 1978 einen Übersichtsartikel über die amerikanischen Untersuchungen, die sich mit dem Anteil der Ledigen und Geschiedenen unter den Alkoholikern verglichen mit den entsprechenden Daten in der allgemeinen Bevölkerung, befaßt hatten (86). Er führte aus, daß die Daten früherer Studien zu den Schlußfolgerungen führten, daß Alkoholiker unsocialisierte Personen ohne Zuhause seien, die selten heiraten würden. Jüngere Untersuchungen zeigten stattdessen, daß Alkoholiker genauso häufig wie die allgemeine Bevölkerung geheiratet hatten, daß diese Ehen aber viermal so häufig geschieden wurden. Durch diese Zusammenstellung der Literaturangaben konnte gezeigt werden, daß der Anteil der ledigen, männlichen

Alkoholiker von 68 % im Jahr 1912 auf ca. 20 % im Jahr 1974 abfiel, was dem Anteil der ledigen Männer in der allgemeinen Bevölkerung entsprach.

Die Scheidungsrate der männlichen Patienten schwankte unabhängig vom Datum der Studie zwischen 23 und 53 %, verglichen mit einer allgemeinen Scheidungsrate von 4 bis 6 % im gleichen Zeitraum.

Malzberg war der erste Untersucher, der durch seine Arbeiten aus den Jahren 1944 und 1948 auf die Bedeutung des Faktors der psychotischen Persönlichkeit in Bezug auf diese Ergebnisse hinwies. Sein Patientenkollektiv aus dem Jahre 1944 bestand aus psychotischen Alkoholikern und war durch einen sehr hohen Anteil von Ledigen - 58 % gegenüber 20 % in der allgemeinen Bevölkerung - gekennzeichnet (80). Während sein Patientenkollektiv 1948, das aus nichtpsychotischen Alkoholikern bestand, mit 20 % ledigen Probanden, im Gegensatz zu 28 % in der Vergleichspopulation, sogar häufiger als die allgemeine Bevölkerung geheiratet hatte (81).

Jüngere Studien aus den USA und Kanada bestätigen diese Ergebnisse (16, 82, 91, 104).

Ebenso trifft dies für Arbeiten aus Europa zu (22, 32, 33, 35, 74, 83). Diese Untersuchungen veröffentlichen zwar keine Vergleichszahlen eines Normalkollektivs, doch lassen die Angaben von einem Anteil von 19 - 27 % lediger und 20 - 42 % geschiedener Patienten im jeweiligen Krankengut den Rückschluß zu, daß Alkoholiker in gleichem Maße wie die allgemeine Bevölkerung heiraten, die Scheidungsrate ihrer Ehen aber erheblich über dem Durchschnitt liegt.

Nur die Ergebnisse von Diebel fallen mit einem prozentualen Anteil von 29 % ledigen und 10 % geschiedenen Alkoholikern aus dem Rahmen (35).

Autor, Krankengut, Jahr und Land der Untersuchung	Anteil der Patienten in %				Gesamt- zahl der Patienten
	ledig	verhei- ratet	geschie- den, ge- trennt lebend	verwit- wet	
Bischof (22), 1954-64, BRD Deliriker einer Psychiatr. Klinik	21	56	20	3	266
Dahlgren (32), 1963-69, Schweden, Pat. einer Alkohol- fachklinik	24	46	25	0	100
Dahlgren (33), 1963-69, Schweden, Pat. einer Alkohol- fachklinik	22	43	34	1	68
Ashley (7), 1967-69, Kanada, Pat. einer Alkoholfachklinik	18	47	30	5	1 000
Muschawek (83), 1967-71, BRD, Alkoholiker einer Psychiatr. Klinik	27	47	21	5	3 905
Rozyko (104), 1970-72, USA, Alkoholiker einer Psychiatr. Klinik	18	kA	42	kA	211
Diebel (35), 1970-77, BRD, Alkoholiker einer Neurolog. Klinik	29	57	10	3	863
Mulford (82), 1974, USA, Pat. aus Alkoholiker-Centren	23	43	30	3	3 132
Koritsch (74), 1976, DDR, Alkoholiker einer Neurol. Klinik	19	39	42	0	170
Penick (91), 1978 ersch., USA, Alkoholiker einer Psychiatr. Klinik	kA	40	52	kA	155

Tab. 2: Angaben über den Familienstand bei männlichen Alko-
holikern (kA = keine Angaben)

2.3 Wohnverhältnisse

Nur sehr wenige Untersuchungen geben Daten über die Wohnverhältnisse der Patienten an.

Stimmer veröffentlichte, daß bei deutschen, jugendlichen Alkoholkranken im Alter von 17 - 28 Jahren nur 13 % der Patienten im Vergleich zu 41 % eines altersentsprechenden Normalkollektivs von zu Hause ausgezogen waren, weitere 19 % waren zwar hinausgeworfen worden, sie wurden später aber wieder von den Eltern zu Hause aufgenommen (114).

Schmidt fand bei einem Vergleich zwischen stationär behandelten Alkoholikern und solchen, die nur bei einem Berliner Bezirksamt registriert waren, wesentlich bessere Wohnverhältnisse bei den Krankenhauspatienten, obwohl sich diese im Vergleich zur Kontrollgruppe bereits in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium mit bereits erheblichen körperlichen Folgeschäden befanden. 76 % der stationären Patienten hatten eine eigene Wohnung und 7 % besaßen nur eine Schlafstelle. Im Gegensatz dazu wohnten nur 57 % der "ambulanten" Alkoholabhängigen in einer eigenen Wohnung und 32 % hatten lediglich irgendwo eine Schlafstelle. Schmidt schloß daraus, daß das Tempo des sozialen Abstiegs nicht parallel mit der Entwicklung der Alkoholkrankheit verläuft, sondern entscheidend von anderen Faktoren beeinflußt wird (108).

Ashley stellte bei ihren männlichen Patienten fest, daß 45 % mit der Ehefrau, 11 % bei den Eltern, 35 % alleine und 10 % mit Freunden oder anderen Personen zusammenlebten, davon bewohnten 38 % der Patienten ein eigenes Haus, 27 % eine Mietwohnung, 18 % lebten in einem Zimmer in Untermiete und 18 % hatten nur einen Unterschlupf (7).

2.4 Soziale Kontakte

Yamane ermittelte unter 60, nach dem Alter randomisierten männlichen Patienten, nur bei 8 % aller Patienten gute Beziehungen zu ihren Eltern. Alle Patienten, die diese guten Kontakte angaben, kamen aus der Gruppe der 60 - 74jährigen. Weder die jungen Patienten (25 - 32 Jahre), noch die der mittleren Altersklasse (40 - 49 Jahre) gaben gute Beziehungen zu ihren Eltern an. Über das Gegenteil befragt, jede Kommunikation mit der Familie abgebrochen zu haben, gaben dies 7 % der Patienten an, die alle aus der Gruppe der 40 - 49jährigen stammten (121).

Sieber fand bei einer Follow-up-Studie an männlichen, schweizerischen Jugendlichen einen engen Zusammenhang zwischen Alkoholmißbrauch und negativen Beziehungen zu den Eltern. Die Jugendlichen mit dem höchsten Alkoholkonsum berichteten signifikant häufiger über eine weniger enge und mit vielen Problemen belastete Bindung an ihre Eltern. Sie gaben dafür aber zahlreichere und häufigere Kontakte mit Gleichaltrigen an, die für sie an Stelle der Eltern zu den Bezugspersonen geworden waren, mit denen sie ihre Probleme besprechen konnten (111).

Mulford kam zu dem Ergebnis, daß 53 % seiner männlichen Patienten eine Vertrauensperson besaßen, mit der sie ihre Probleme besprechen konnten. Der Anteil lag bei den Ledigen bei 48 % und stieg bei den Verheirateten auf 60 % an. 38 % der Verheirateten gaben ihre Frau als Vertrauensperson an, 10 % einen Freund (82).

Rozyngo und Waller ermittelten bei ihren Patienten in 20 % der Fälle zerbrochene Familienbeziehungen. 80 % hatten aber mindestens zwei enge Freunde, 60 % sogar vier enge Freunde, mit welchen sie ihre Probleme besprachen. 16 % gaben an, keine Vertrauensperson zu kennen (104, 122).

2.5 Schul- und Berufsausbildung

Die Angaben über die Ausbildung der Alkoholkranken differieren beträchtlich. Penick und Ashley beobachteten in ihren Patientenkollektiven eine gute Ausbildung der Patienten, jeweils über 70 % der Kranken hatten mindestens einen High-School-Abschluß (6, 7, 91).

Bell und Mulford kamen dagegen zu wesentlich schlechteren Ergebnissen. So fand Bell unter seinen Alkoholkranken 24 %, die weniger als 8 Jahre eine Schule besucht hatten und daher ohne Schulabschluß waren, 4 % mit einem einfachen Schulabschluß. 54% der Kranken hatten eine Hochschule besucht, wobei weniger als die Hälfte (44 %) diese auch abgeschlossen hatte. 18 % hatten ein College besucht, von diesen hatten weniger als ein Viertel (22 %) ihr Studium abgeschlossen (16).

Mulford beobachtete bei seinem Alkoholikerkollektiv eine kürzere und schlechtere Schulausbildung verglichen mit der allgemeinen Bevölkerung. Seine Patienten hatten im Durchschnitt 10,9 Jahre lang eine Schule besucht, während die durchschnittliche Dauer der Schulbildung der Bevölkerung 11,3 Jahre betrug. 21 % seiner Patienten gingen weniger als 9 Jahre zur Schule. 25 % hatten im Gegensatz zu 14 % in der Allgemeinbevölkerung eine höhere Ausbildung abgebrochen (82).

In Europa kamen die Untersucher alle zu dem Ergebnis, daß die Ausbildung der Alkoholkranken schlechter als die der übrigen Bevölkerung sei (53, 60, 74, 111, 114).

Stimmer stellte z. B. fest, daß 22 % seiner Patienten ohne Volksschulabschluß und 44 % ohne abgeschlossene Berufsausbildung waren (114). Holzgreve teilte mit, daß 40 - 50 % der jugendlichen Suchtkranken ihre Schul- und Berufsausbildung vorzeitig abgebrochen hatten. (60).

Koritsch machte sehr genaue Angaben über sein Patientenkollektiv. 33 % hatten keinen Volksschulabschluß, 58 % hatten die Volksschule abgeschlossen, 2 % besaßen einen Realschulabschluß und je 3 % Abitur mit anschließendem Hochschulabschluß bzw. einen Fachschulabschluß. Im Rahmen der beruflichen Ausbildung

konnte er folgende Daten ermitteln: 59 % hatten eine abgeschlossene Lehre, 6 % erlernten einen Teilberuf und 29 % waren ohne Berufsausbildung (74).

2.6 Stellung im Berufsleben

Unbestritten ist, daß Alkoholiker in allen Bevölkerungsschichten und damit auch in allen Positionen im Berufsleben zu finden sind. Die Verteilung der Alkoholabhängigen auf die beruflichen Positionen variiert je nach Untersucher.

Heinroth errechnete einen Anteil von 60 % an an- und ungelernten Arbeitern (53). Kielholz schlüsselte die Verteilung seiner Patienten genauer auf. Er ordnete 4 % den gehobenen Berufspositionen - den Akademikern, Unternehmern, leitenden Angestellten - zu, 59 % den mittleren Positionen - den gelernten Arbeitern, Handwerkern und Angestellten - und 37 % den unteren Positionen - den ungelernten Arbeitern und Angestellten (70).

Diebel ermittelte in einer neueren deutschen Untersuchung einen Anteil von 18 % aus der gehobenen, 51 % der mittleren und 10 % der unteren Schicht (gemäß der Einteilung von Kielholz), 21 % seiner Patienten waren nicht erwerbstätig (35).

Ashley ermittelte folgende Aufteilung: 11 % Manager, 4 % Selbständige, 17 % Büroangestellte und Verkäufer, 20 % Facharbeiter, 25 % angelernte und 23 % ungelernte Arbeiter. Durch den Vergleich der früheren und zuletzt ausgeübten Tätigkeiten konnte sie den Abstieg im Berufsleben aufzeigen. Dieser äußerte sich neben einer hohen Arbeitslosenrate in einer Abnahme der als Manager und Facharbeiter tätigen und einer entsprechenden Zunahme in der Gruppe der Hilfsarbeiter (ungelernten Arbeiter) (7).

Diese Ergebnisse konnte sie und Fialkov an anderen Patientenkollektiven bestätigen (6, 44).

Dahlgren gab in seiner Studie den höchsten Anteil von Patienten in gehobenen Berufspositionen an. Er konnte 31 % seiner Patienten in diese Positionen einordnen, 51 % in die mittle-

ren und nur 6 % in die unteren Positionen. 12 % seiner Patienten waren nicht erwerbstätig (33). Damit weicht diese Studie deutlich von allen anderen ab.

Koritsch beschränkte sich auf die Darstellung der beruflichen Mobilität. Er stellte fest, daß 70 % der Patienten entsprechend ihrer erworbenen Qualifikationen tätig waren. 6 % waren aufgestiegen, 2 % nach einem anfänglichen Aufstieg in letzter Zeit wieder abgestiegen. 21 % waren abgestiegen (74).

Andere Veröffentlichungen geben erheblich größere Prozentzahlen in Bezug auf den beruflichen Abstieg der Alkoholiker an (4, 10, 36, 40, 59, 60).

Stellvertretend für diese Untersuchungen sollen hier die Ergebnisse von Feuerlein genannt werden. Er ermittelte bei 42 % seiner Patienten eine berufliche Verschlechterung, bei 51 % einen gleichgebliebenen beruflichen Status und nur bei 7 % einen Aufstieg (40).

2.7 Berufsgruppen

Angaben über den Zusammenhang zwischen Alkoholproblemen und bestimmten Beschäftigungen beruhen auf drei verschiedenen Quellen.

- 1) Studien, die sich mit der Berufsverteilung behandelter Alkoholkranker befassen.

Plant zeigte in einem 1977 veröffentlichten Übersichtsartikel über die Literatur der Nachkriegszeit zu diesem Thema, daß diese Studien in ihrer Gesamtheit nicht überzeugend sind. Einige Studien stützen die These, daß Alkoholiker in bestimmten Berufen und gesellschaftlichen Schichten gehäuft vorkommen, andere Autoren kommen für andersartige Berufe zu dem gleichen Ergebnis und einige Untersucher lehnen alle diese Thesen ab. Sie finden keine Häufung von Alkoholkranken in bestimmten Berufen (94).

Ähnliches gilt auch für die deutschen Untersuchungen, die in diesem Übersichtsartikel unerwähnt bleiben (10, 20, 22, 28, 35, 37, 39, 40, 72, 90, 124). In all diesen Studien wird eine Häufung von Alkoholabhängigen in den alkoholver-

arbeitenden Berufen (Brauereien, Gastwirtschaften) und bei Bauarbeitern beschrieben. Darüber hinaus finden die einzelnen Autoren noch andere, von Untersuchung zu Untersuchung wechselnde, gefährdete Berufe. Es findet sich keine deutsche Studie, die keine Häufung von Alkoholikern in einer bestimmten Berufsgruppe hervorhebt.

- 2) Studien, die sich mit dem Anteil der Alkoholkranken in bestimmten Berufen befassen und die für einige Berufsgruppen eine Häufung von dort beschäftigten Alkoholabhängigen aufzeigen konnten.

Zu diesen Berufsgruppen zählen Beschäftigte der Brauereindustrie, Seeleute, Armee-Personal, Hauspersonal (12, 26, 27, 34, 45, 50, 52, 65, 96, 97, 101, 115).

- 3) Öffentliche Sterbestatistiken, die die Todesfälle an Leberzirrhose mit dem Beruf der Betroffenen kombinieren. Obwohl nur 70 % der Zirrhosen durch Alkohol verursacht werden und nur ca. 10 % der bekannten Alkoholiker an einer Zirrhose leiden, gilt die Zirrhoserate bei der WHO und bei vielen Forschern als zuverlässigster Indikator für die Prävalenz des Alkoholismus (132). Sterbestatistiken aus den USA aus den Jahren 1950 und 1962 und aus England und Wales aus den Jahren 1961 und 1970 - 72 zeigen die höchste Sterberate an Leberzirrhose mit der über vierfachen Häufigkeit eines Todes an Leberzirrhose gegenüber der allgemeinen Bevölkerung für Barmänner, Kellner, Beschäftigte im Transportgewerbe (außer Bahnbediensteten), Köche, Musiker, Gastwirte, Schiffsoffiziere, Fischer, Pensions- und Hotelbesitzer, Finanz- und Versicherungsagenten, Firmenchefs, Beschäftigte in der Armee und in medizinischen Berufen (49, 96, 99, 120).

2.8 Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzwechsel

Viele Untersucher weisen auf den positiven Zusammenhang zwischen fortschreitender Alkoholabhängigkeit und beruflichem Abstieg hin, der sich in einem häufigen Wechsel der Arbeits-

stellen und hoher Arbeitslosigkeit äußert (71, 85, 94, 111). Rozyngo ermittelte die höchste Arbeitslosigkeit. Seine Patienten hatten im letzten Jahr vor der stationären Aufnahme im Durchschnitt nur 16 volle Wochen gearbeitet (104).

Ashley kam zu folgenden Ergebnissen: Nie arbeitslos waren im letzten Jahr vor der Krankenhausaufnahme 48 % der Männer, zeitweise ohne Stelle 22 %, ständig arbeitslos 30 % und zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme 55 % (7).

Entsprechende Ergebnisse konnte sie in einer weiteren Studie veröffentlichen (6).

Bell teilte mit, daß seine Patienten im letzten Jahr vor der stationären Therapie zweimal den Arbeitgeber gewechselt hatten. 15 % seiner Probanden gaben ihren Beruf in dieser Zeit wegen des Trinkens von sich aus auf (16).

Dahlgren und Yamane kamen zu wesentlich niedrigeren Zahlen. In ihren Patientenkollektiven waren 13 % bzw. 10 % der Alkoholiker arbeitslos (32, 33, 121).

Diebel fand bei der Analyse alkoholabhängiger Patienten einer Neurologischen Klinik in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1970 - 77 nur 3 % Arbeitslose, was für ihn gegen eine enge Verbindung von Alkoholismus und Arbeitslosigkeit spricht (35).

2.9 Alkoholkonsum zur Zeit der Krankenseinweisung

Den täglichen Alkoholkonsum in der letzten Zeit vor der stationären Aufnahme geben alle Autoren mit weit über 120 g reinen Alkohol pro Tag an. Die Angaben über den durchschnittlichen Alkoholverbrauch schwanken zwischen 220 g und 324 g reinen Alkohol (6, 7, 22, 74, 104).

Die bevorzugten Getränke weisen einige geographische Unterschiede auf. In den meisten Ländern (USA, Kanada, Schweden, DDR, BRD) spielen Bier und harte Alkoholika entweder pur oder zusammen getrunken die größte Rolle, wobei von den meisten Patienten Bier und Schnaps in Kombination getrunken wird, und

die reinen Schnapstrinker an 2. Stelle liegen (6, 7, 16, 22, 32, 74, 82).

Hermann betont dagegen in einer Studie über den Alkoholkonsum in Frankreich, daß Wein nicht nur das beliebteste Getränk in der Allgemeinbevölkerung sei, sondern auch die Mehrzahl der Alkoholiker Weintrinker wären, während Wein in allen anderen Ländern nur eine untergeordnete Rolle spielt (54).

Ashley betonte, daß bereits 22 bis 30 % der Alkoholkranken zu technischen Alkoholprodukten übergegangen seien. Sie bezeichnete den Trinkstil ihrer Patienten folgendermaßen: 70 % konsumieren regelmäßig Alkohol, 22 % intermittierend und 9 % ohne zeitliches System (6, 7).

Bell ermittelte, daß 54 % seiner Alkoholkranken täglich tranken, 18 % nur an den Wochenenden und 2 % veranstalteten periodische Trinkgelage (16).

Rozyko berichtete, daß 30 % seiner Alkoholiker täglich betrunken waren und sich nur 22 % weniger als einmal im Monat betranken. Im Durchschnitt waren seine Patienten im letzten Jahr vor der Aufnahme 16 Tage lang trocken geblieben, und die längsten Phasen der Abstinenz hatten 29 Tage betragen. Mit 59 % gab die Mehrzahl seiner Patienten an, alleine zu trinken, 37 % taten dies in Gesellschaft von Freunden. Die meisten Patienten tranken zu Hause, sei es alleine oder in Gesellschaft (104).

Waller errechnete, daß 60 % seiner Patienten in äquivalenten Teilen sowohl sozial als auch isoliert tranken. 10 % konsumierten Alkohol überwiegend in Gesellschaft von Freunden und 25 % tranken isoliert (122).

Koritsch beobachtete, daß die Hälfte der Patienten Alkohol überwiegend in Gesellschaft in der Öffentlichkeit und die andere Hälfte alleine zu Hause zu sich nehmen, wobei 75 % der letztgenannten sich erst in letzter Zeit aus der Öffentlichkeit zurückgezogen hätten, um nun isoliert zu trinken. Er ermittelte bei allen seinen Patienten innerhalb der letzten Jahre eine Zunahme des Alkoholverbrauchs, verbunden mit ei-

nem größer werdenden Konsum an harten Alkoholika. Bei einigen Patienten sei dann bereits eine Abnahme der Toleranz und damit ein rückläufiger Alkoholverbrauch festzustellen (74).

Ähnliche Angaben findet man bei Bell, der das Trinkverhalten seiner Patienten in den letzten zwei Jahren vor der Krankenhaus-Aufnahme wie folgt charakterisierte: Steigerung des Alkoholkonsums bei 46 % der Alkoholkranken, gleichbleibender Verbrauch bei 25 %, Abnahme bei 29 % der Alkoholiker (16).

Bei den Motiven für den Alkoholkonsum überwiegen nach Dahlgren und Waller persönliche Gründe (32, 122). Dahlgren schlüsselte die Angaben seiner Patienten wie folgt auf (32):

Eheprobleme, Scheidung	12 %	} 33 % persönliche Gründe
Einsamkeit	2 %	
Tod einer nahestehenden Person	2 %	
Konflikte bei der Arbeit	5 %	
ernste körperliche Krankheit	2 %	
Nervosität, Schlaflosigkeit, Schmerzen	10 %	}
Repräsentationspflichten, sozialer Druck	28 %	
keine offensichtlichen Gründe	33 %	

Mulford ermittelte dagegen vor allem soziale Motive für den Alkoholgebrauch (82). Im Einzelnen gaben seine Patienten folgende Begründung für ihr Trinken:

Alkohol überwindet die Einsamkeit	59 %	} persönliche Motive
Alkohol hilft bei Schlaflosigkeit	41 %	
Alkohol beruhigt die Nerven	77 %	
Alkohol hilft Ärger zu vergessen	71 %	
Alkohol gehört zur Unterhaltung	79 %	} soziale Motive
Alkohol macht gesellschaftliche Treffen anziehender	77 %	
Alkohol verbessert Parties und Feiern	72 %	

Korczak ermittelte 5 Hauptfaktoren als Motivation zum Trinken (73):

1) Soziale Motivation	23 %
2) Konflikte	32 %
3) Medizinische Gründe	13 %
4) aus Geselligkeit	17 %
5) zum Vergnügen	16 %

Der durchschnittliche Beginn des Alkoholmißbrauchs wird zwischen dem 20. und 33. Lebensjahr angegeben, wobei Alonso-Fernandez unter seinen spanischen Patienten die Personen mit dem frühesten Beginn des Alkoholmißbrauchs gefunden hat (2).

Abelsohn errechnete einen signifikanten Unterschied zwischen dem Beginn des Alkoholmißbrauchs bei Gamma-Alkoholikern im Gegensatz zu Delta-Alkoholikern. Die Gamma-Alkoholiker begannen im Durchschnitt 12 Jahre eher mit dem Alkoholmißbrauch. Es fiel auf, daß die Zeitspanne bis zur ersten Krankenhausaufnahme zur Therapie der Alkoholabhängigkeit (auch Therapie eines Delirs oder Grand-mal-Anfalls) bei den Gamma-Alkoholikern mit ungefähr 10 Jahren doppelt so lang wie bei den Delta-Alkoholikern war (1).

Bei den anderen Autoren schwankt die Dauer des feststellbaren Alkoholmißbrauchs bis zur ersten stationären Therapie zwischen 7 bis 24 Jahren, wobei Alonso-Fernandez die größte Zeitspanne errechnete (2).

Erwähnenswert ist die Feststellung von Koritsch, daß man durch eine Überprüfung der Patientenangaben mittels einer psychiatrischen Analyse der Krankenakten eine bis zu 30 % längere Dauer des Mißbrauchs bei den meisten Patienten ermitteln kann (74).

Autor, Land der Studie, Jahr der Veröffentlichung	Alter der Patienten bei Beginn des Alkoholmißbrauchs	Dauer des Mißbrauchs bis zum Zeitpunkt der stat. Aufnahme
Mulford (82), USA, 1974	32,3 Jahre; 25 % jünger als 25 Jahre	6,7 Jahre
Abelsohn (1) Südafrika, 1978	Gamma-Alkoholiker: 26,5 Jahre Delta-Alkoholiker: 38,7 Jahre	Gamma-Alkoholiker: 10 Jahre Delta-Alkoholiker: 5 Jahre
Dahlgren (32), Schweden, 1978	<u>30,8 Jahre;</u> - 20 Jahre: 10 % - 25 Jahre: 25 % - 30 Jahre: 20 % - 40 Jahre: 15 % - 45 Jahre: 17 % - 50 Jahre: 12 %	<u>8,2 Jahre;</u> - 2 Jahre: 9 % - 5 Jahre: 34 % - 10 Jahre: 26 % - 15 Jahre: 19 %
Ashley (6), Kanada, 1978	26,5 Jahre	19,8 Jahre
Alonso-Fernandez, (2), Spanien, 1980	<u>19,5 Jahre;</u> - 14 Jahre: 18 % - 19 Jahre: 52 % - 24 Jahre: 14 % - 29 Jahre: 11 %	5 - 9 Jahre 6 % 10 - 35 Jahre: 84 % 36 - 50 Jahre: 10 %
Ashley (7) Kanada, 1981	24,8 Jahre	20,5 Jahre
Koritsch (74), DDR, 1982	zwischen dem 15. - 27. Lebensjahr	12,5 Jahre (Patientenangabe) 18 Jahre (Aktenanalyse)

Tab. 3: Angaben über Beginn und Dauer des Alkoholmißbrauchs bei männlichen Alkoholikern

2.10 Rauschmittel und Tabakkonsum

Viele Untersucher betonen eine positive Korrelation zwischen großem Alkoholverbrauch und starkem Rauchen (6, 7, 21, 111). So fand Ashley in ihrem Patientengut 92 % Raucher, 5 % Ex-raucher und nur 3 % Nichtraucher (7).

Ebenso wird immer wieder das Auftreten eines Parallelabusus von Tabletten und Drogen beschrieben (21, 35, 111, 112). Zwar ist der Anteil der Polytoxikomanen bei den weiblichen Alkoholabhängigen erheblich höher als bei den Männern, doch wird von Diebel ein Anteil von 8 % der männlichen Alkoholiker angegeben, die gleichzeitig einen Medikamenten-Abusus und ein weiteres Prozent der Patienten, die Drogenmißbrauch betreiben (35).

Stabenau errechnete einen Anteil von 25 % unter den Alkoholikern, die gleichzeitig eine Medikamentenabhängigkeit aufwiesen. Valium und Librium waren bei seinen Patienten die Medikamente, die am häufigsten eingenommen wurden (112).

2.11 Art der Krankenhausaufnahme

Die meisten Untersucher aus dem englischsprachigen Raum arbeiten mit Alkoholkranken, die freiwillig eine Therapiestätte aufgesucht haben (6, 32, 91). Vergleicht man die Angaben der Autoren, die an Neurologischen bzw. Psychiatrischen Kliniken ein gemischtes Patientengut zur Verfügung haben, so findet sich ein großer Prozentsatz von unfreiwillig aufgenommenen Patienten.

Yamane teilte mit, daß nur 3 % der Alkoholabhängigen freiwillig eine private Psychiatrische Klinik aufgesucht hatten, alle übrigen Patienten waren notfallmäßig oder zwangsweise eingeliefert worden (121).

Wieser kam zu dem Ergebnis, daß sich 83 % aller Alkoholkranken unfreiwillig in der Klinik aufhielten (124).

Koritsch fand als Aufnahmeursache bei den Alkoholikern, die in einer Neurologisch-Psychiatrischen Klinik der DDR aufgenommen worden waren, ein Drittel Noteinweisungen, vor allem

aus gesundheitlichen Gründen (wie z. B. Delir, akute Halluzinose, zerebrale Krampfanfälle, Suizidversuch) und 2 % gerichtlich angeordnete Zwangseinweisungen. Bei den restlichen 65 % der Alkoholabhängigen, die angegeben hatten, die Klinik freiwillig aufgesucht zu haben, konnte er in der Mehrheit der Fälle nur eine sehr bedingte Freiwilligkeit bei dem Entschluß sich behandeln zu lassen, feststellen. 36 % dieser Patienten war die fristlose Kündigung oder eingreifende disziplinarische Maßnahmen am Arbeitsplatz angedroht worden, falls sie sich nicht behandeln lassen. In 17 % drohte die Ehefrau mit der Scheidung und die Familie mit der Beendigung jeglicher Unterstützung. 20 % wurden aufgrund des allgemeinen öffentlichen Interesses von Behörden und anderen Institutionen veranlaßt, die Klinik aufzusuchen (74).

Diebel und Muschawek kamen bei Patienten in Psychiatrischen und Neurologischen Kliniken der Bundesrepublik Deutschland zu entsprechenden Ergebnissen (35, 83).

2.12 Anteil der Wiederaufnahmen

Alle Autoren untersuchten nur Alkoholiker, die zum ersten Mal in die entsprechenden Kliniken aufgenommen worden waren. Dabei schwankten die Angaben über den Anteil der Patienten, die zum ersten Mal wegen ihrer Alkoholabhängigkeit behandelt wurden, zwischen 21 % und 78 %.

Ashley fand unter ihren Patienten 79 %, die schon früher in anderen Krankenhäusern wegen ihres Alkoholproblems behandelt worden waren (6).

Bei Penick und Fialkov waren 50 % bzw. 57 % zum ersten Mal zur Entgiftung bzw. zu einer längeren Therapie stationär aufgenommen worden. Jeweils 20 % der Alkoholabhängigen waren zum zweiten Mal aus diesen Gründen in stationärer Behandlung und der Rest der Patienten dreimal und mehr (44, 91).

Dahlgren und Bell gaben 60 % bzw. 69 % Erstaufnahmen unter den Patienten an (16, 32).

Den höchsten Prozentsatz mit 78 % Erstaufnahmen hatte Koiritsch in seinem Krankengut. Nur 14 % seiner Patienten hatten

früher bereits einmal eine Entwöhnungsbehandlung unternommen und 8 % der Alkoholabhängigen waren bereits zur Entgiftung oder Behandlung eines Delirs ohne weiterführende therapeutische Maßnahmen in stationärer Behandlung gewesen (74).

2.13 Herkunftsfamilie und Situation in der Kindheit

Viele Autoren kommen zu dem Schluß, daß die Mehrzahl der Alkoholiker aus solchen familiären Verhältnissen stammt, die spätere deviante Verhaltensweisen begünstigen (13, 57, 64, 70, 121). So ermittelte eine Studie des bayerischen Staatsministeriums des Inneren bei jedem vierten alkoholabhängigen Jugendlichen eine Broken-home-Situation (13).

Koritsch stellte fest, daß 7 % seiner Alkoholabhängigen unehelich geboren waren, 27 % nicht bei den Eltern aufwachsen konnten, sondern von Verwandten und Pflegeeltern oder in Heimen großgezogen worden waren. Bei 5 % der Patienten war ein Elternteil wegen einer Psychose in stationärer Behandlung gewesen (74).

Abelsohn, Stein und Walton berichteten, daß vor allem Gamma-Alkoholiker eine größere Instabilität und schlechtere familiäre Verhältnisse in ihren Familien angegeben hatten (1, 113, 123). Andere Untersucher kamen allerdings zu dem Ergebnis, daß bei der Mehrzahl der Alkoholabhängigen keine Auffälligkeiten in der Kindheit und Herkunftsfamilie zu finden seien (5, 72, 114). In der bayerischen Untersuchung ergab sich, daß die Berufstätigkeit der Mutter keinen nachweisbaren Einfluß auf das Trinkverhalten der Kinder hat (13).

Der Einfluß der Stellung in der Geschwisterreihe ist nicht unbestritten. Blane kommt 1973 in einem Übersichtsreferat über 27 Studien zu folgendem Ergebnis:

Unter männlichen Alkoholikern überwiegen die Letztgeborenen einer Geschwisterreihe und zwar im Vergleich zu allen anderen Patienten. Diese Überrepräsentanz der Letztgeborenen ist unabhängig von der Familiengröße, sie kann also nicht durch Veränderungen der allgemeinen Geburtenhäufigkeit erklärt wer-

den. Allerdings findet sich auch bei allen anderen Patienten aus Psychiatrischen Kliniken ein Überwiegen der Letztgeborenen. Als Ursache dieser psychischen Störungen und süchtigen Fehlhaltungen werden sowohl die Einflüsse desintegrierender Faktoren im Familienleben, denen diese Kinder besonders ausgesetzt sind, diskutiert, wie auch ein besonderes Abhängigkeitsverhältnis von den Eltern, die die Letztgeborenen in besonderem Maße verwöhnen aber auch bevormunden (23).

2.14 Häufigkeit von Alkoholismus in Familie und Verwandtschaft

Es ist seit langem bekannt und durch über 100 Untersuchungen belegt, daß Alkoholiker in bestimmten Familien gehäuft anzutreffen sind. Durch keine dieser Studien gelang es jedoch, genetische von peristatistischen Einflüssen zu trennen. Aus diesem Grund spricht Bleuler vom "Familienbild" des Alkoholikers, das durch eine unverhältnismäßig hohe Zahl von Alkoholabhängigen in der engeren Verwandtschaft geprägt ist (24).

Das Morbiditätsrisiko für Alkoholismus in den Familien der Alkoholkranken schwankt zwischen den einzelnen Untersuchungen je nach Patientenkollektiv und den angewandten Methoden. So schwanken die Angaben über die Häufigkeit von Alkoholismus für die Väter der männlichen Patienten zwischen 3 % (51) bis 51 % (131), für die Mütter zwischen 0 % (51, 102) bis 20 % (98), für die Brüder zwischen 8 % (25) bis 50 % (130) und für die Schwestern zwischen 0 % (3) bis 8 % (38, 130).

Goodwin kam 1971 in einem Übersichtsartikel über die nicht englischsprachige Literatur zu dem Schluß, daß ohne jede Ausnahme jede Familienstudie bei Alkoholkranken höhere Raten von Alkoholismus in der Verwandtschaft, verglichen mit der Häufigkeit in der allgemeinen Bevölkerung, ergeben hatte (47).

Cotton kam 1979 in seinem Übersichtsreferat über die englischsprachige Literatur der Familienforschung bei Alkoholkranken (rein deskriptive Zahlen aus anderen Studien waren ausgeschlossen worden, doch bestätigen auch diese, wie die Quellen (1, 29, 32, 74, 82, 112, 130) zeigen, die Ergebnisse gezielter

Familienstudien) aus den letzten 40 Jahren zu folgenden Ergebnissen (29):

- Mindestens ein Drittel der Alkoholiker in jeder Studie wies wenigstens ein alkoholabhängiges Elternteil auf.
- Unabhängig von der Zusammensetzung des Patientenkollektives ergab sich, daß Väter und Brüder häufiger als Mütter und Schwestern vom Alkoholismus betroffen waren und daß die Alkoholismuszinzidenz in den Familien weiblicher Patienten höher war als die in den Familien männlicher Patienten.
- Die Hälfte der Studien ermittelte unter den Müttern weniger als 5 % Alkoholabhängige und die drei Studien, die die höchsten Prozentzahlen errechnet hatten, gaben getrennte Werte für die Mütter männlicher und weiblicher Patienten an, wobei nur die Werte der Mütter weiblicher Patienten überdurchschnittlich hoch ausfielen.
- Die Inzidenz von Alkoholismus schien bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) höher zu sein als bei weiter entfernten (Großeltern, Onkel, Tanten).
- Alkoholiker berichteten sechsmal häufiger als "nichtpsychiatrische" Patienten und noch doppelt so oft wie "psychiatrische" Patienten über alkoholabhängige Eltern. Die Autoren schlossen daraus, daß eine hohe Rate von Alkoholikern unter den Eltern nicht so sehr ein allgemeines Kennzeichen einer psychisch gestörten Population sei, sondern vielmehr als Charakteristikum eines Alkoholikerkollektives diene.

In neueren Untersuchungen wurde darauf hingewiesen, daß jüngere Patienten signifikant häufiger als ältere über alkoholabhängige Eltern berichteten (1, 30, 103, 110).

2.15 Zusammenhänge von Suizidversuchen und Alkoholabhängigkeit

Studien über die Todesursachen bei Alkoholikern zeigen eine Häufung von Unfällen (ca. dreimal so häufig wie in der Normalbevölkerung), Leberzirrhose (neunmal häufiger), Carcinomen der oberen Verdauungswege und des Magens (zwölfmal häufiger) und Suiziden (8 - 75mal häufiger), die vor allem von jungen Alkoholikern unternommen werden (75, 107, 109).

Einen weiteren Hinweis auf die hohe Suizidgefährdung Alkoholabhängiger geben die Aussagen der Alkoholkranken über bereits unternommene, erfolglose Suizidversuche.

Mulford teilte mit, daß 5 % seiner Patienten im Jahr vor der stationären Aufnahme einen Selbstmordversuch unternommen hätten (82).

Yamane fand bei 12 % seiner untersuchten Alkoholiker einen Suizidversuch in der Anamnese. Es waren bis auf eine Ausnahme alle Patienten im Alter von 20 bis 30 Jahren (121).

Wieser und Kunad konnten bei ihrem Patientenkollektiv eine zwölfmal höhere Selbstmordrate im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung nachweisen (124).

2.16 Beginn des Alkoholkonsums

Dahlgren errechnete das Durchschnittsalter seiner Patienten, als sie den ersten Kontakt mit Alkohol hatten, mit 17 Jahren. 22 % hatten bis zum 15. Lebensjahr, die Mehrzahl, d. h. 69 % zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr zum ersten Mal Alkohol getrunken. 8 % der Alkoholkranken taten dies bis zum 25. Lebensjahr und der Rest bis zum 30. Lebensjahr. Mit durchschnittlich 23,1 Jahren, also 6 Jahre später, zählten die Patienten bereits zu den regelmäßigen Alkoholkonsumenten. Nur 3 % tranken bereits vor dem 15. Lebensjahr regelmäßig. 40 % begannen bis zum 20. Lebensjahr, 31 % bis zum 25. Lebensjahr, 12 % bis zum 30. Lebensjahr, die restlichen 14 % folgten bis zum 50. Lebensjahr (32).

Paton bezeichnete das Durchschnittsalter, in welchem die Jugendlichen öffentlich und regelmäßig in Bars zu trinken begannen mit 16 Jahren. Er fand unter den 18 - 24jährigen Männern einen Anteil von 18 %, die bereits zu den schweren Trinkern zu rechnen waren (88).

Andere Autoren beobachteten, daß der Beginn des Alkoholkonsums schon sehr viel früher stattfand und daß die Jugendlichen in zunehmendem Maße begannen, regelmäßig zu trinken und auch sich zu betrinken (8, 18, 21, 114, 126). Dieses Trinkverhalten spiegelt sich auch in dem immer größer werdenden Prozentsatz an jugendlichen Alkoholikern wider.

Stellvertretend für diese Studien sollen die Ergebnisse von Stimmer ausgeführt werden. Er teilte mit, daß die meisten seiner 17 - 28jährigen Alkoholabhängigen, aber auch die meisten Jugendlichen seiner normal trinkenden Vergleichsgruppe zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr zum ersten Mal Alkohol getrunken hatten. Dieser erste Kontakt fand in beiden Gruppen bei 75 % der Patienten im Elternhaus statt. Unterschiede zwischen beiden Gruppen fand er erst im späteren Verhalten in Bezug auf den Alkoholkonsum. Die Hälfte der Alkoholiker hatten ihren ersten Rausch vor dem 13. Lebensjahr, dagegen nur 6 % der Normaltrinker. Bis zum 16. Lebensjahr waren 97 % der Alkoholiker bereits mindestens einmal betrunken, im Gegensatz zu 63 % der Normaltrinker, von denen 9 % noch nie betrunken waren. Auf viele der Alkoholkranken hatte der Rausch eine faszinierende Wirkung, so daß sie bald darauf erneut betrunken waren, was bei der Vergleichsgruppe nicht beobachtet werden konnte (114).

2.17 Persönlichkeit der Kranken

Die Forschungsarbeiten aus den Jahren 1937 - 1956 unter der Fragestellung der präformierten und zum Alkoholismus prädestinierenden Persönlichkeit sind in zwei Sammelreferaten zusammengefaßt. Sutherland, der die Arbeiten bis zum Jahre 1950 analysierte, kam zu dem Ergebnis, daß es bisher keine Testverfahren gebe, mit denen man Alkoholiker von Nichtalkoholikern sicher

trennen könne und, daß das vorliegende Material keineswegs den Schluß erlaube, Menschen des einen oder anderen Typs würden bevorzugt zu Alkoholikern. Er war der Ansicht, daß die Befunde eher die Resultate als die Ursachen des Alkoholismus widerspiegeln (116).

Syme, der die Übersicht von Sutherland um die Forschungsarbeiten aus den Jahren 1950 - 56 erweiterte, schloß sich weitgehend den Folgerungen seines Vorgängers an. Er differenzierte seine Aussagen stärker, indem er sagte: "Es ist sicher zu früh zu behaupten, daß es keine typische präalkoholische Persönlichkeit gebe, oder daß der Alkoholismus nicht durch vorgeformte Persönlichkeitszüge bedingt sei; die Forschungsmethoden sind nur noch nicht weit genug entwickelt" (117).

Eine Schwierigkeit beim Vergleich der Ergebnisse liegt auch in den zwei grundsätzlich verschiedenen Testverfahren begründet, die hier zur Anwendung kommen. Einige Untersucher arbeiten mit projektiven andere mit nicht projektiven Tests. 1974 stellte Ryback in einem Übersichtsartikel erneut fest, daß es auch neueren Untersuchungen nicht gelungen sei einen Persönlichkeitstyp herauszukristallisieren, der mit Alkoholabhängigkeit konform geht (106).

Levys Aussagen aus dem Jahr 1959 sind also auch heute noch gültig: "Psychiatrisch gesehen ist es möglich, in einer Gruppe von Alkoholikern ungefähr all das zu finden, was man sucht" und "trotz vieler Versuche, die alkoholische Persönlichkeit zu umreißen, bleibt nur ein Charakteristikum, das allen Alkoholikern gemeinsam ist, daß sie zuviel trinken" (77).

Zur Demonstration der Persönlichkeit Alkoholkranker sollen hier nur zwei Arbeiten detaillierter aufgeführt werden. Antonis kam bei Alkoholikern, die freiwillig eine Behandlung angefangen hatten, im Vergleich zu Kurpatienten, durch die Kombination von verschiedensten Persönlichkeitstests zu folgenden Ergebnissen (4):

- Alkoholiker zeigen vermehrt funktionelle Beschwerden, vor allem Nervosität;

- sie sind emotional labil;
- sie haben ausgesprochen aggressive Bedürfnisse und Impulse, können sie aber nicht zum Ausdruck bringen, was sich in einer Diskrepanz in den Ergebnissen der Selbsteinschätzung und projektiven Tests äußert;
- sie zeigen sich gehemmt, schüchtern, selbstunsicher und eher introvertiert, wobei mit steigendem Alter und längerer Dauer des Abusus diese Merkmale sich immer stärker ausprägen;
- es finden sich keine Unterschiede bezüglich der Offenheit und Selbstkritik;
- es besteht keine Intelligenzminderung.

Bell verglich die Selbsteinschätzung von Alkoholikern, die zu einer Entgiftung stationär aufgenommen worden waren mit einer Kontrollgruppe, die sich aus Patienten zusammensetzte, die wegen Trunkenheit am Steuer in Haft gewesen waren.

Die Alkoholiker äußerten sich folgendermaßen (16):

- | | |
|---|------|
| - komme gut mit anderen zurecht | 96 % |
| Nur in diesem Punkt ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Selbstdarstellung. Alle anderen Punkte weisen z. T. hochsignifikante Unterschiede auf. | |
| - bin die Person, die ich sein will | 88 % |
| - bin selbstbewußt | 87 % |
| - lebe mit anderen in guten Beziehungen | 80 % |
| - bin mit mir selbst zufrieden | 72 % |
| - bin in Gesellschaft schüchtern | 35 % |
| - die beste Lösung ist, tot zu sein | 31 % |

Die Patienten haben ein geringes Selbstbewußtsein, sie sind weniger mit sich zufrieden und sind sehr schüchtern. 31 % der Alkoholabhängigen, im Gegensatz zu 7 % der Vergleichspersonen, geben an, daß der beste Ausweg aus ihren Schwierigkeiten wäre, tot zu sein.

3. Krankengut und Untersuchungsmethoden

In der Zeit vom 1.10.1980 bis zum 30.9.1981 wurden männliche Patienten der Neurologischen Klinik des St.Josef-Hospitals, einer Klinik der Ruhr-Universität Bochum, bei welchen im Verlauf ihres stationären Aufenthaltes eine Behandlung mit Clomethiazol erforderlich war, gefragt, ob sie bereit wären, über sich und ihre Alkoholprobleme zu sprechen.

Clomethiazol wird in der Neurologischen Klinik des St.Josef-Hospitals bei drohendem Delir (Praedelir) oder bereits eingetretenem Delir angewandt, so daß durch diese Auslese nur Patienten mit körperlicher Alkoholabhängigkeit angesprochen wurden. Von den befragten 103 Patienten waren 61 zu einem Interview bereit, das gegen Ende des stationären Aufenthaltes geführt wurde. Das Gespräch hatte eine Dauer von ca. 90 Minuten und wurde unter Berücksichtigung des Fragebogens (Anlage 1) geführt, der dieser Arbeit zugrunde lag, so daß in jedem Interview alle Punkte angesprochen wurden.

Dieser Befragungsmodus wurde gewählt, um eine direkte Konfrontation: Fragesteller - Antwortgeber zu vermeiden, da es sich gezeigt hatte, daß in dieser Situation viele der Patienten Antworten auf persönliche und auf den Alkoholkonsum bezogene Fragen verweigerten. Der Interviewer hatte durch diese Methode auch die Möglichkeit, Fragen, die von den Patienten übergangen oder widersprüchlich beantwortet worden waren, mehrmals zu stellen und die Ergebnisse dadurch zu überprüfen.

Der Interviewteil sollte Aufschluß über folgende Fragen geben:

- 1) Abhängigkeit vom Alkohol und Klassifizierung nach Jellinek (66, 67)
- 2) allgemeine Lebensdaten
- 3) psychosoziale Stellung der Patienten
- 4) sozioökonomische Stellung der Patienten
- 5) Mögliche Ursachen des Alkoholismus

Am Ende des Gesprächs wurde den Patienten der Fragebogen des Gießen-Testes vorgelegt und unter Verwendung des Wortlauts der Testanweisung und des Items 1 als Beispiel das Vorgehen des Testes erklärt (Anlage 3).

Alle Patienten wurden darauf hingewiesen, sich so darzustellen, wie sie sich jetzt erleben und dies selbständig ohne Absprache mit Angehörigen einzutragen. Nach Beantwortung des Testes sollten sie diesen auf ihrer Station abgeben. Patienten, die den Test nach drei Tagen noch nicht abgegeben hatten, wurden wiederholt aufgefordert, dies zu tun. Trotz dieser Maßnahmen wurde der Test nur von 48 der 61 Patienten abgegeben. Da ein Patient bei allen Items Extremwerte angekreuzt hatte, konnte dieser Fragebogen nicht ausgewertet werden, so daß nur 47 Patientenprofile (77 %) berücksichtigt werden konnten.

Der Gießen-Test ist ein standardisierter Test zur Erfassung einer Reihe von seelischen Merkmalen. Er benutzt 40 bipolar angeordnete Items, die zu 6 Standardskalen zusammengefaßt werden können. In diesen beschreibt der Patient sein eigenes Verhalten im Vergleich zu anderen Menschen. Er notiert den Grad und die Richtung der Abweichung seines Verhaltens bzw. seine Übereinstimmung.

Entscheidend für die Auswahl des Gießen-Testes waren folgende Punkte:

- 1) Dieser Test unterscheidet sich von anderen Persönlichkeits-tests dadurch, daß er in bedeutendem Umfang soziale Einstellungen und Reaktionen mit einbezieht (15).

Die Mehrzahl der Items erfordert eine Aussage des Probanden über seine sozialen Beziehungen. Es werden dadurch Merkmale seines sozialen Befindens, seiner sozialen Reaktionen und seiner sozialen Resonanz erfragt. Dies erschien uns besonders aufschlußreich, da ja die Ursachen des Alkoholmißbrauchs nicht nur in der Persönlichkeit des Betroffenen selbst, sondern auch durch sein soziales Umfeld und seine Interaktionen in diesem begründet sind.

- 2) Der Gießen-Test ist für alle Erwachsenen mit normaler In-

telligenz ohne vorhergehende Prüfung anwendbar (14, 15).

- 3) Zur Beantwortung des Fragebogens reichen 10 - 15 Minuten aus, was für uns wichtig war, um die zum Teil geringe Kooperationsbereitschaft der Patienten nicht zu vermindern.

Exkurs: Typeneinteilung der Alkoholiker nach Jellinek

Zur Differenzierung der Alkoholabhängigen hat Jellinek 1960 eine Einteilung in vier verschiedene Typen vorgeschlagen, später wurde ein fünfter Typ hinzugefügt (67).

Diese Aufteilung ist zwar nicht unbestritten und von allen Forschern anerkannt, da sich vor allem in der Praxis die Diagnose des Kontrollverlustes schwierig stellen läßt, und es sich gezeigt hat, daß dieser von situativen Faktoren abhängig ist, doch macht ihre weltweite Verbreitung eine gewisse, allgemein bekannte und reproduzierbare Unterteilung der Alkoholkranken möglich, die eine der Voraussetzungen für eine differenzierte Erforschung der Ursachen, Verläufe und Prognosen der Alkoholkrankheit darstellt (5, 69, 89).

- Alpha-Alkoholiker

Sie können mit einem Schlagwort als Konflikttrinker bezeichnet werden. Sie trinken vor allem dann, wenn sie Spannungszustände aushalten oder Probleme bewältigen müssen. Ihre Abhängigkeit ist hauptsächlich psychologischer Art. Sie zeigen keine körperliche Abhängigkeit und verlieren auch kaum die Kontrolle über ihr Trinken.

- Beta-Alkoholiker

Sie können als Gelegenheitstrinker bezeichnet werden. Sie trinken nur dann übermäßig, wenn sich in Gesellschaften oder zu bestimmten Festtagen und Feierlichkeiten die Gelegenheit dazu bietet. Sie zeigen keine psychische oder physische Abhängigkeit.

- Gamma-Alkoholiker

Sie können als süchtige Trinker bezeichnet werden. Hier besteht eine erhebliche körperliche und psychische Abhängigkeit, wobei die psychische Abhängigkeit im Vordergrund steht. Sie

ist geprägt durch den Kontrollverlust. Darunter wird das unüberwindbare Verlangen zu trinken verstanden, daß der Kranke vor Eintritt des Vollrausches nicht aufhören kann, zu trinken. Dieser ständige Alkoholmißbrauch führt dann auch zur Toleranzentwicklung und körperlichen Abhängigkeit. Die Kranken müssen ständig größere Alkoholmengen zu sich nehmen, um die gleichen Wirkungen zu erzielen. Süchtige Trinker müssen nicht täglich trinken, sie können Tage und unter Umständen auch Wochen ohne Alkohol leben, wenn sie jedoch einmal eine kleine Menge Alkohol trinken, sind sie nicht sicher, einem Rückfall mit Kontrollverlust zu entgehen. Einige trinken sofort bis zum Vollrausch, meistens wird die Trinkmenge langsam über Wochen gesteigert, bis dann wieder der Kontrollverlust einsetzt.

- Delta-Alkoholiker

Sie können als Gewohnheits- oder Spiegeltrinker bezeichnet werden. Sie nehmen gewohnheitsmäßig größere Alkoholmengen zu sich, was zu einer ausgeprägten körperlichen Abhängigkeit führt, die sich darin äußert, daß sie unfähig werden, auf Alkohol verzichten zu können. Sie trinken daher jeden Tag und versuchen, ihren Konsum gleichmäßig über den Tag zu verteilen, so daß immer ein gewisser Blutalkoholspiegel erhalten bleibt. Ihr Trinken führt nicht zum Kontrollverlust, so daß es möglich ist, daß ein Delta-Alkoholiker noch nie in seinem Leben betrunken war.

- Epsilon-Alkoholiker

Sie können als Quartalstrinker bezeichnet werden. Sie sind über Wochen und Monate hinweg völlig abstinent oder trinken genauso kontrolliert wie Nichtalkoholiker. Plötzlich steigern sie ihren Alkoholkonsum und trinken dann über Tage hinweg große Mengen Alkohol, so lange, bis sie körperlich völlig zusammenbrechen. Während dieser Trinkepisoden besteht dann ein völliger Kontrollverlust.

Jellinek stellte auch fest, daß sich der Alkoholismus in gut abgrenzbaren Schritten entwickelt, die sich in 42 Symptomen äußern, die sich ihrerseits wieder drei Phasen zuordnen las-

sen (66, Anlage 2).

Nach seinen Veröffentlichungen dauert die Prodromalphase 6 Monate bis ca. 5 Jahre. Über den Verlauf der kritischen und chronischen Phasen machte er keine Zeitangaben.

Diesen drei Phasen setzte Jellinek später eine präalkoholische oder symptomatische Phase voran, die ungefähr 2 Monate dauert und in welcher der betäubende Effekt des Alkohols vom Konsumenten schon als angenehm empfunden wird. Diese Phaseneinteilung hat bei verschiedenen Nachuntersuchungen große Kritik erfahren, die zum größten Teil auf den methodischen Unstimmigkeiten bei der Ableitung dieses Modells beruhen (87, 89, 119). Inhaltlich hat sich gezeigt, daß sich diese Symptome bei der Mehrzahl der Patienten nicht einzeln nacheinander, in einem ständigen Fortschreiten der Krankheit äußern, sondern, daß sie in Gruppen auftreten, und daß ihr Auftreten und damit die Progression der Abhängigkeit, durch äußere Umstände beeinflußt, durchaus reversibel sein kann, so daß in vielen Fällen eine genaue Zuordnung zu einer dieser Phasen nicht möglich ist. Dennoch ist diese Einteilung sehr populär und weit verbreitet, vielleicht auch deshalb, weil sie parallel mit den Vorstellungen der "Anonymen Alkoholiker" verläuft, die in den USA eine herausragende Rolle bei der Therapie der Alkoholabhängigen spielen und auch in Europa immer mehr an Einfluß gewinnen.

4. Ergebnisse

4.1 Aufteilung der Patienten in die verschiedenen Typen und Stadien des Alkoholismus

Unter den befragten 61 Patienten finden sich 30 vom Typ des Gamma-Alkoholikers und 31 vom Typ des Delta-Alkoholikers, gemäß der Einteilung nach Jellinek (67). Dieses Ergebnis wurde durch die Auswahlkriterien der Patienten mitbestimmt. Es wurden nur Patienten angesprochen, die im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes in der Neurologischen Klinik des St. Josef-Hospitals, Universitätsklinik Bochum, eine Therapie mit Clo-methiazol im Rahmen eines Prädelirs bzw. Delirium tremens benötigten.

Das Auftreten eines Delirs ist Ausdruck eines Alkoholentzugs-syndroms bei körperlicher Abhängigkeit, die nach langem und schwerem Alkoholmißbrauch auftritt. Gemäß der Definition von Jellinek sind somit Alpha- und Beta-Alkoholiker von vornher-ein von dieser Untersuchung ausgeschlossen (67). Alle folgen-den Ergebnisse werden nun zwischen diesen beiden Patienten-kollektiven verglichen, dabei soll versucht werden, Unter-schiede aufzuzeigen und zu interpretieren.

Vergleicht man beide Patientengruppen anhand der Stadienein-teilung des Alkoholismus nach Jellinek (66), so sieht man:

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anz.der.Pers.	%	Anz.d.Pers.	%
Prodromalstadium	0	0	0	0
kritisches Stadium	2	6,7	16	51,6
Übergangsphase	8	26,7	9	29,0
chronisches Stadium	20	66,7	6	19,4

Tab. 4: Phase des Alkoholismus nach Jellinek (66)

Keiner der Patienten befindet sich in der Prodromalphase, in der sich der Mißbrauch manifestiert.

Nur 7 % der Gamma- aber 52 % der Delta-Alkoholiker sind im

kritischen Stadium. 27 % der Gamma- und 29 % der Delta-Alkoholiker sind nicht eindeutig der kritischen bzw. chronischen Phase zuzuordnen. Sie zeigen bereits Merkmale der chronischen Phase, ohne bereits in diese Phase eingeordnet werden zu können.

67 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker befinden sich bereits im chronischen Stadium.

4.2 Alter

Altersgruppen	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
15. - 20. Lebensjahr	1	3,3	0	0
21. - 25. Lebensjahr	5	16,7	0	0
26. - 30. Lebensjahr	4	13,3	5	16,1
31. - 35. Lebensjahr	3	10,0	5	16,1
36. - 40. Lebensjahr	6	20,0	4	12,9
41. - 45. Lebensjahr	3	10,0	8	25,8
46. - 50. Lebensjahr	3	10,0	7	22,6
51. - 55. Lebensjahr	4	13,3	0	0
56. - 60. Lebensjahr	1	3,3	2	6,4

Tab. 5: Altersverteilung der Patienten

Die Altersverteilung der Patienten zeigt ein Durchschnittsalter von 39,2 Jahren, wobei der jüngste Patient, ein Gamma-Alkoholiker, 20 Jahre alt und der älteste, ein Delta-Alkoholiker, 60 Jahre alt ist. Beurteilt man beide Patientenkollektive getrennt, so findet man bei den Gamma-Alkoholikern ein durchschnittliches Alter von 37,3 Jahren, wobei sie eine relativ gleichmäßige Verteilung vom 21. bis zum 55. Lebensjahr, mit einer Häufung in der Altersgruppe der 36 - 40jährigen, zeigen. In dieser Altersgruppe befinden sich 20 % der Gamma-Alkoholiker. Die Delta-Alkoholiker weisen mit 41,0 Jahren ein um fast 4 Jahre höheres Durchschnittsalter auf. Sie kommen erst 5 Jahre später als die Vergleichsgruppe, im Alter von 26 - 30 Jahren, zur Aufnahme. Der Altersschwerpunkt liegt bei

ihnen zwischen dem 41. - 50. Lebensjahr. 48 % der aufgenommenen Delta-Alkoholiker sind in diesem Alter.

4.3 Familienstand

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ledig	12	40,0	10	32,3
verheiratet	2	6,7	11	35,5
wieder verheiratet	4	13,3	1	3,2
getrennt lebend	1	3,3	3	9,7
geschieden	8	26,7	6	19,4
verwitwet	3	10,0	0	0

Tab. 6: Familienstand der Patienten

Auffallend ist die große Anzahl der Ledigen. Bei einem Durchschnittsalter von 39 Jahren sind noch 40 % der Gamma- und 32 % der Delta-Alkoholiker ledig.

Ähnliches gilt für die Scheidungsrate beider Patientengruppen. 27 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker sind bereits geschieden. Demgegenüber sind nur 20 % der Gamma- und 39 % der Delta-Alkoholiker verheiratet. Zwei Drittel der jetzt verheirateten Gamma-Alkoholiker haben bereits eine Scheidung hinter sich und sind zum zweiten Mal verheiratet. Betrachtet man nun die Gesamtzahl der Patienten, die alleine, ohne Familie leben, so sind dies 80 % der Gamma-Alkoholiker und 61 % der Delta-Alkoholiker.

4.4 Psychosoziale Stellung

4.4.1 Wohnverhältnisse

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
alleine	9	30,0	12	38,7
in Untermiete	8	26,7	2	6,4
bei den Eltern	8	26,7	4	12,9
bei der eigenen Familie	5	16,7	13	41,9

Tab. 7: Wohnverhältnisse der Patienten

43 % der Gamma- und 55 % der Delta-Alkoholiker leben innerhalb eines Familienverbandes, wobei 27 % der Gamma- und 13 % der Delta-Alkoholiker noch in einem Zimmer in der Wohnung der Eltern leben. Es sind nicht nur die jüngeren Patienten, die zu Hause leben, sondern auch Patienten im Alter von 37 bzw. 43 Jahren.

57 % der Gamma- und 46 % der Delta-Alkoholiker leben in mehr oder weniger anonymen Wohnverhältnissen und hier werden die weiteren Kapitel zeigen, inwieweit dies mit einer sozialen Isolation verbunden ist.

4.4.2 Kontakt zur Herkunftsfamilie

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
kein Kontakt mehr	8	26,7	5	16,1
Kontakt nur zu Geschwistern bei noch lebenden Eltern	1	3,3	1	3,2
Kontakt nur zu den Eltern	2	6,7	3	9,7
nur bei besonderen Anlässen	13	43,3	13	41,9
guter Kontakt	6	20,0	9	29,0

Tab. 8: Kontakt zur Herkunftsfamilie

Nur 20 % der Gamma-Alkoholiker geben an, einen guten Kontakt zu ihren Eltern und Geschwistern zu haben. Es sind die Patienten, die noch zu Hause wohnen. 7 % der Patienten, die zu Hause leben, gehen ihren Geschwistern aus dem Weg, wenn diese die Eltern besuchen und der Kontakt zu den Eltern besteht vor allem durch die gemeinsame Benutzung der Wohnung. Im Gegensatz dazu haben 29 % der Delta-Alkoholiker ein gutes Verhältnis zu ihren Eltern und Geschwistern, wobei nur 13 % der Delta-Alkoholiker noch zu Hause leben.

Entsprechend gestaltet sich das andere Extrem dieser Tabelle. 27 % der Gamma-Alkoholiker und nur 16 % der Delta-Alkoholiker geben an, alle Kontakte zu ihrer Familie abgebrochen zu haben.

In beiden Gruppen pflegen über 40 % der Patienten nur bei besonderen Anlässen, wie z. B. Geburtstagsfeiern oder ähnlichen Familienfesten die Kontakte zur Familie, obwohl in fast allen Fällen die Familien räumlich nicht weit voneinander getrennt sind, da in den meisten Fällen alle Familienmitglieder im Ruhrgebiet leben.

4.4.3 Beziehungen im sozialen Umfeld

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	24	80,0	18	58,1
eine	5	16,7	9	29,0
mehrere	1	3,3	4	12,9

Tab. 9: Vertrauenspersonen

keine	11	36,7	8	25,8
wenige	17	56,7	12	38,7
ziemlich viele	2	6,7	11	35,5

Tab. 10: Bekannte

Betrachtet man die Kontakte außerhalb der Familie, die bei Fehlen einer eigenen Familie die Hauptrolle im sozialen Leben spielen, so fällt auch hier die große Isolation der Patienten auf. 80 % der Gamma- und 58 % der Delta-Alkoholiker geben an, keine Vertrauensperson zu haben, das heißt, sie kennen niemanden, mit dem sie ihre persönlichen Probleme besprechen können. Berücksichtigt man, daß 43 % der Gamma-Alkoholiker in einer Familie leben, so sieht man auch, daß in sehr vielen Fällen weder die Eltern noch die Ehefrau Bezugspersonen sind, denen sie sich anvertrauen können.

37 % der Gamma- und 26 % der Delta-Alkoholiker unterhalten keine Kontakte zu Nachbarn, Kollegen, Vereinskameraden. Sie leben zurückgezogen ohne Beziehungen zu ihren Mitmenschen. Nur 7 % der Gamma- aber 35 % der Delta-Alkoholiker haben einen großen Bekanntenkreis.

4.5 Sozioökonomische Stellung

4.5.1 Schulbildung

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keiner	2	6,7	1	3,2
Volksschule ohne Lehre	6	20,0	3	9,7
Volksschule mit Lehre	19	63,3	23	74,2
Mittlere Reife	2	6,7	2	6,4
Abitur	1	3,3	1	3,2
Universität	0	0	1	3,2

Tab. 11: Schulabschluß der Patienten

Der größte Teil der Patienten, 63 % der Gamma- und 74 % der Delta-Alkoholiker, hat nach dem Besuch der Volksschule eine Lehre begonnen und abgeschlossen. Keinen Schulabschluß haben 7 % der Gamma- und 3 % der Delta-Alkoholiker. 20 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker besitzen nur eine abgeschlossene Volksschulbildung. Sehr gering ist die Anzahl der Patienten mit Realschul-, Gymnasial- oder Universitätsabschluß. Bei den Gamma-Alkoholikern geben nur 10 % und bei den Delta-Alkoholikern 12 % der Patienten eine höhere Schulbildung an.

4.5.2 Berufssituation

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ungelernter Arbeiter	8	26,7	4	12,9
Facharbeiter	15	50,0	18	58,1
Angestellter in nicht leitender Stellung	4	13,3	6	19,4
Angestellter in leitender Stellung	2	6,7	0	0
Selbständig	1	3,3	3	9,7
Landwirt	0	0	0	0

Tab. 12: Höchste erreichte berufliche Stellung

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ungelernter Arbeiter	7	23,3	6	19,7
Facharbeiter	7	23,3	9	29,0
Angestellter in nicht leitender Stellung	1	3,3	5	16,1
Angestellter in leitender Stellung	0	0	0	0
Selbständig	0	0	1	3,2
Rentner	3	10,0	3	9,7
Arbeitslos	12	40,0	7	22,6

Tab. 13: Jetzige Stellung im Beruf

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Unverändert	8	26,7	18	58,1
Rentner	3	10,0	3	9,7
Arbeitslos	13	40,0	7	22,6
Abstieg				
Selbständig zum ungelernten Arbeiter	1	3,3	0	0
Facharbeiter zum ungelernten Arbeiter	4	13,3	2	6,4
Angestellter in untergeordneter Stellung zum Facharbeiter	1	3,3	0	0
Angestellter in leitender Stellung zum Angestellten in untergeordn. Stellung	0	0	1	3,2

Tab. 14: Entwicklung im Berufsleben

Entsprechend der Schulbildung war die Mehrzahl der Patienten, 50 % der Gamma- und 58 % der Delta-Alkoholiker als Facharbeiter tätig. 27 % der Gamma- und 13 % der Delta-Alkoholiker erreichten keine höhere Position als die eines Hilfs- bzw. angelernten Arbeiters.

13 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker waren als An-

gestellte in untergeordneten Positionen und 7 % der Gamma- und keiner der Delta-Alkoholiker in leitender Stellung beschäftigt. 3 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker waren selbständig.

Vergleicht man diese Angaben über die höchste Position im Berufsleben der Patienten mit den Zahlen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme, so ergibt sich:

23 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker sind als ungelernte Arbeiter beschäftigt. Weniger als die Hälfte der Facharbeiter aus beiden Gruppen ist weiter in dieser Position beschäftigt. Es sind dies nur noch 20 % der Gamma- und 29 % der Delta-Alkoholiker. 3 % der Gamma- und 16 % der Delta-Alkoholiker sind als Angestellte in untergeordneten Positionen tätig, keiner der Patienten befindet sich in einer leitenden Stellung und nur 3 % der Gamma-Alkoholiker sind noch selbständig.

In beiden Patientengruppen sind 10 % bereits vor ihrem 60. Lebensjahr berentet und 40 % der Gamma- und 23 % der Delta-Alkoholiker sind arbeitslos.

Zusammenfassend kann man feststellen, daß 27 % der Gamma- und 58 % der Delta-Alkoholiker unverändert in ihrer Position im Berufsleben tätig sind.

Klammert man die hohe Rate der Arbeitslosigkeit als Zeichen für einen beruflichen Abstieg aus, so haben noch weitere 20 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker einen beruflichen und damit auch sozialen Abstieg vollzogen. Im einzelnen ergibt sich bei den Gamma-Alkoholikern:

3 % der Selbständigen arbeiten nun als ungelernte Arbeiter, ebenso 13 % der Facharbeiter. 3 % der Angestellten in untergeordneter Stellung sind als Facharbeiter tätig.

Bei den Delta-Alkoholikern sind 6 % der Facharbeiter zu Hilfsarbeitern zurückgestuft und 3 % der leitenden Angestellten arbeiten jetzt in untergeordneter Stellung.

4.5.3 Berufszweig

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Baugewerbe	5	16,7	15	48,4
Fabrik	11	36,7	8	25,8
Bergbau	3	10,0	1	3,2
Kaufm. Angestellter	3	10,0	1	3,2
Gastwirt	1	3,3	1	3,2
KFZ-Mechaniker	1	3,3	1	3,2
Getränkewagenfahrer	1	3,3	0	0
Buchbinder	1	3,3	0	0
Verkäufer	1	3,3	0	0
Landwirtschaft	1	3,3	0	0
Schüler	1	3,3	0	0
nie einen festen Beruf ausgeübt	1	3,3	0	0
Klavierstimmer	0	0	1	3,2
Bäcker	0	0	1	3,2
Fotograf	0	0	1	3,2
Bühnentechniker	0	0	1	3,2

Tab. 15: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Erwerbszweige

1/3 aller Patienten arbeitet im Baugewerbe. Es sind dies 17 % der Gamma- und 48 % der Delta-Alkoholiker. Die zweitgrößte Berufsgruppe sind mit 31 % aller Befragten die Fabrikarbeiter, die vor allem in der metallverarbeitenden Industrie tätig sind. Es sind dies 37 % der Gamma- und 26 % der Delta-Alkoholiker. Mit großem Abstand folgen mit jeweils 7 % der Patienten die Gruppe der kaufmännischen Angestellten und der Bergarbeiter. Hier sind jeweils 10 % der Gamma- und 3 % der Delta-Alkoholiker beschäftigt. Insgesamt sind 41 % der Patienten in einem der sogenannten alkoholgefährdeten Betriebe beschäftigt. Zu diesen zählen die alkoholverarbeitende Industrie, das Baugewerbe, die Transportberufe einschließlich KFZ-Mechanikern.

4.5.4 Anzahl der Arbeitsplatzwechsel

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	1	3,3	7	22,6
1	3	10,0	3	9,7
2	0	0	4	12,9
3	3	10,0	3	9,7
4	2	6,7	1	3,2
5	1	3,3	4	12,9
6 - 10	10	33,3	7	22,6
11 - 15	8	26,7	2	6,4
16 - 20	2	6,7	0	0

Tab. 16: Anzahl der Arbeitsplatzwechsel

Im Laufe ihres Berufslebens wechselten die Gamma-Alkoholiker im Durchschnitt achtmal, die Delta-Alkoholiker viermal die Arbeitsstellen. Nur 3 % der Gamma-Alkoholiker arbeiten im Gegensatz zu 23 % der Delta-Alkoholiker noch bei ihrem ersten Arbeitgeber. 33 % der Gamma- und 23 % der Delta-Alkoholiker wechselten ihre Arbeitsstellen 6 - 10mal. Ein weiteres Drittel der Gamma-Alkoholiker wechselte 11 - 20mal. Diese hohe Anzahl von Kündigungen wird von den Delta-Alkoholikern nicht erreicht. Hier wechselten nur 6 % der Patienten bis zu 15mal den Arbeitsplatz.

4.5.5 Zeiten der Arbeitslosigkeit

Jahre	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0	3	10,0	14	45,2
0,5	2	6,7	3	9,7
1	6	20,0	2	6,4
1,5	5	16,7	2	6,4
2	4	13,3	1	3,2
2,5	3	10,0	3	9,7
3	4	13,3	2	6,4
3,5	0	0	1	3,2
4	0	0	2	6,4
4,5	0	0	0	0
5	2	6,7	0	0
5,5	0	0	0	0
6	1	3,3	0	0
7	0	0	1	3,2

Tab. 17: Zeiten der Arbeitslosigkeit insgesamt

Monate	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	14	46,7	23	74,2
1	1	3,3	1	3,2
3	2	6,7	2	6,4
6	3	10,0	1	3,2
9	4	13,3	0	0
12	6	20,0	4	12,9

Tab. 18: Arbeitslosigkeit in den letzten 12 Monaten

Im Durchschnitt waren die Gamma-Alkoholiker 2 Jahre und die Delta-Alkoholiker 1,5 Jahre arbeitslos, wobei die Angaben eine große Streuung aufweisen. Nur 10 % der Gamma-, dagegen aber 45 % der Delta-Alkoholiker waren nie arbeitslos. (In diesen Angaben ist die saisonbedingte Arbeitslosigkeit der Bauarbeiter im Winter ausgeklammert, da die Arbeiter in diesen

Fällen eine feste Arbeitsplatzzusicherung bei ihrem alten Auftraggeber für das Frühjahr hatten.)

27 % der Gamma- und 16 % der Delta-Alkoholiker waren bis zu einem Jahr arbeitslos, 30 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker bis zu 2 Jahren, 23 % der Gamma- und 16 % der Delta-Alkoholiker bis zu 3 Jahren und 10 % der Delta-Alkoholiker bis zu 4 Jahren.

Betrachtet man in Ergänzung dazu die Angaben über die Arbeitslosigkeit im letzten Jahr vor der stationären Aufnahme, so fällt auf, daß die Gamma-Alkoholiker im Durchschnitt 4,4 Monate und die Delta-Alkoholiker nur 2 Monate arbeitslos waren. Nur 47 % der Gamma- aber 74 % der Delta-Alkoholiker waren in diesem Zeitraum nicht arbeitslos.

43 % der Gamma-Alkoholiker waren ein halbes Jahr und länger ohne Arbeit, wobei ein Drittel der Patienten ein Dreivierteljahr und 20 % das ganze Jahr keine neue Beschäftigung gefunden haben. Bei den Delta-Alkoholikern waren nur 16 % der Patienten länger als ein halbes Jahr arbeitslos, 13 % waren dies das ganze Jahr.

4.6 Trinkgewohnheiten

4.6.1 Trinkmenge und Trinkfrequenz

ml/tägl.	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
- 50	0	0	0	0
- 100	0	0	3	9,7
- 150	5	16,7	6	19,4
- 200	4	13,3	8	25,8
- 250	3	10,0	2	6,4
- 300	3	10,0	6	19,4
- 350	1	3,3	2	6,4
- 400	2	6,7	0	0
- 450	3	10,0	3	9,7
- 500	4	13,3	0	0
- 550	0	0	1	3,2
- 600	1	3,3	0	0
- 650	1	3,3	0	0
- 700	2	6,7	0	0
- 950	1	3,3	0	0

Tab. 19: täglicher Konsum in ml reinen Alkohols

Der durchschnittliche Alkoholkonsum beträgt bei den Gamma-Alkoholikern 380 ml und bei den Delta-Alkoholikern 250 ml reinen Alkohols pro Tag. Die Angaben weisen bei den Gamma-Alkoholikern jedoch eine erhebliche Streubreite auf. Der niedrigste Verbrauch liegt bei 112 ml, der höchste bei 920 ml. 30 % dieser Patienten trinken bis zu 200 ml, weitere 20 % bis zu 300 ml. In der Verbrauchsgruppe von 300 - 400 ml sinkt der Anteil der Patienten auf 10 % ab, um dann in der nächsthöheren Gruppe mit 23 % einen zweiten Gipfel zu erreichen. Die restlichen 17 % der Gamma-Alkoholiker nehmen täglich erheblich größere Mengen zu sich.

Im Gegensatz dazu ist die Verteilung bei den Delta-Alkoholikern gleichmäßiger. Der niedrigste Alkoholkonsum beträgt hier 88 ml und der höchste 550 ml. 10 % der Patienten trinken

ca. 100 ml (zwischen 88 - 100 ml), 45 % und damit die größte Gruppe verbrauchen 200 ml und 26 % bis zu 300 ml am Tag.

Das heißt, 71 % der Delta-Alkoholiker nehmen zwischen 100 - 300 ml reinen Alkohol zu sich. Danach fällt der Verbrauch stark ab. Nur 6 % trinken bis zu 400 ml und weitere 10 % bis zu 500 ml. Daraus ergibt sich, daß nur 19 % der Delta-Alkoholiker aber im Vergleich dazu die Hälfte der Gamma-Alkoholiker mehr als 300 ml reinen Alkohol pro Tag tringen.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
täglich	27	90,0	30	96,8
fast täglich	3	10,0	1	3,2
1 - 2mal in der Woche	0	0	0	0
nur am Wochenende	0	0	0	0

Tab. 20: Trinkfrequenz

90 % der Gamma-Alkoholiker und 97 % der Delta-Alkoholiker konsumieren täglich die oben angeführten Mengen.

10 % der Gamma- und 3 % der Delta-Alkoholiker trinken nur jeden 2. oder 3. Tag. (Bei diesen Patienten wurden die Werte für den täglichen Alkoholkonsum folgendermaßen errechnet: entsprechend der genauen Trinkfrequenz und Trinkmenge wurde der Alkoholverbrauch in einer Woche errechnet und dieser Wert durch 7 geteilt.)

4.6.2 Art der Getränke

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Bier	9	30,0	15	48,4
Wein	0	0	0	0
harte Alkoholika	13	43,3	6	19,4
Bier und Schnaps	8	26,7	10	32,3

Tab. 21: bevorzugtes Getränk

43 % der Gamma-Alkoholiker verbrauchen nur harte Alkoholika, weitere 27 % Bier und Schnaps in äquivalenten Mengen und nur 30 % trinken fast ausschließlich Bier.

Bei den Delta-Alkoholikern findet sich eine völlig andere Verteilung. Nur 19 % trinken ausschließlich harte Alkoholika, 32 % konsumieren Bier und Schnaps und 58 % bevorzugen Bier. Wein und Sekt ist in keinem Fall unter den bevorzugten und am meisten verbrauchten Getränken zu finden. Alle Patienten geben an, Wein nur sehr selten bei besonderen Gelegenheiten zu trinken.

4.6.3 Trinkverhalten

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
nur im Zusammenhang mit den Mahlzeiten	0	0	0	0
ab morgens	24	80,0	15	48,4
ab mittags	4	13,3	5	16,1
nur abends	2	6,7	11	35,5

Tab. 22: Zeiten des Überwiegenden Alkoholkonsums

Die Mehrzahl aller Patienten beginnt schon morgens, an Stelle des Frühstücks oder auf dem Weg zur Arbeit, zu trinken. Sie verteilen den Alkoholkonsum gleichmäßig über den Tag. Dies ist bei 80 % der Gamma-Alkoholiker und 48 % der Delta-Alkoholiker der Fall.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
allein in der Wohnung	23	76,7	24	45,2
bei der Arbeit	9	30,0	15	48,4
in der Familie	3	10,0	11	35,5
in Gasthaus, Cafe, Bar	5	16,7	6	19,4
im Verein	0	0	5	16,1

Tab. 23: Trinkort (Mehrfachangaben möglich)

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
allein	26	86,7	18	58,1
in Gesellschaft	5	16,7	15	48,4
in der Familie	3	10,0	6	19,4

Tab. 24: Trinkgesellschaft (Mehrfachangaben möglich)

Die große Mehrheit der Gamma-Alkoholiker trinkt alleine in der Wohnung. Ein geringer Teil trinkt meist in Gesellschaft von Bekannten in der Gaststätte und nur sehr wenige Patienten trinken in der Familie. Die Delta-Alkoholiker geben ungefähr mit der gleichen Häufigkeit an, alleine zu Hause bzw. in Gesellschaft in Vereinen oder in der Kneipe zu trinken. Ein wesentlich größerer Teil dieser Patienten trinkt abends zu Hause in der Familie.

4.6.4 Trinkmotiv

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Konflikterleichterung	29	96,7	21	67,7
Frustration	20	66,7	10	32,3
Einsamkeit, Kontakterleichterung	25	83,3	14	45,2
Gewöhnung	6	20,0	18	58,1
Verführung, gesell- schaftlicher Druck	5	16,7	15	48,4
innerer Zwang	17	56,7	8	25,8
Arzneimittel	3	10,0	4	12,9
Genuß	0	0	3	9,7

Tab. 25: Trinkmotiv (Mehrfachnennungen möglich)

In beiden Gruppen sucht der größte Teil der Patienten die dämpfende und betäubende Wirkung des Alkohols. Mit einem geringen Abstand, der bei den Delta-Alkoholikern etwas größer ausfällt, geben die Patienten Kontakterleichterung und Einsamkeit als Trinkmotiv an. Viele Patienten beschreiben auch die Zeichen ihrer Abhängigkeit. Die Gamma-Alkoholiker sprechen von innerem Zwang, und ebensoviele Delta-Alkoholiker sprechen von Gewöhnung, die Alkohol zum Bedürfnis werden läßt. Vor allem die Delta-Alkoholiker betonen den gesellschaftlichen Druck der Umgebung, der sie dazu verleitet, mitzutrinken.

Nur wenige Patienten in beiden Gruppen gebrauchen Alkohol als Arzneimittel. Er dient dann als Schlaf- und auch als Schmerzmittel.

4.6.5 Änderungen des Trinkverhaltens innerhalb der letzten 2 Jahre

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
gleichbleibend	3	10,0	12	38,7
langsame Zunahme	9	26,7	12	38,7
starke Zunahme	6	20,0	1	3,2
Abnahme	12	40,0	6	19,4

Tab. 26: Konstanz der Trinkmenge innerhalb der letzten 2 Jahre

10 % der Gamma- und 39 % der Delta-Alkoholiker haben schon in den letzten zwei Jahren täglich die oben genannten Mengen getrunken. 50 % der Gamma- und 42 % der Delta-Alkoholiker geben eine Steigerung des Alkoholverbrauchs an, wobei 20 % der Gamma- aber nur 3 % der Delta-Alkoholiker betonen, daß es zu einem deutlich gesteigerten Konsum gekommen sei.

Bereits 40 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker beschreiben eine Abnahme des Verbrauchs, der, wie es sich zeigen wird, in den meisten Fällen nicht auf eine freiwillige Einschränkung, sondern auf eine Abnahme der Toleranz zurückzuführen ist.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 Tag	18	60,0	8	25,8
3 Tage	8	26,7	0	0
1 Woche	1	3,3	4	12,9
1 Monat	0	0	5	16,1
0,5 Jahre	1	3,3	1	3,2
1 Jahr	0	0	4	12,9
keine Angabe	2	6,7	9	29,0

Tab. 27: Anzahl der Tage zwischen dem letzten Rausch und dem Tag der Aufnahme

Insgesamt 90 % der Gamma-Alkoholiker waren mindestens einmal innerhalb der letzten Woche vor der stationären Aufnahme berauscht. 60 % waren am Tag vor der Krankenhauseinweisung betrunken. Berücksichtigt man die Angaben der Patienten, welchen zufolge die Trinkgewohnheiten und die Trinkmenge in der letzten Zeit vor der Krankenhausaufnahme keine Veränderungen aufgewiesen haben, so kann man die Daten verallgemeinern und sagen: 90 % der Gamma-Alkoholiker betrinken sich mindestens einmal in der Woche. Vergleicht man diese Zahlen mit den Angaben der Delta-Alkoholiker, so muß man berücksichtigen, daß 29 % der Delta-Alkoholiker im Gegensatz zu nur 7 % der Gamma-Alkoholiker keine Antwort auf diese Frage gegeben haben.

39 % der Delta-Alkoholiker waren innerhalb der letzten Woche vor der stationären Einweisung berauscht, 26 % am Tag der Aufnahme. Verallgemeinert man auch diese Angaben, so kann man sagen, daß 40 % der Delta-Alkoholiker in der Regel einmal pro Woche betrunken sind.

4.6.6 Polytoxikomanie

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine	22	73,3	28	90,3
Schlafmittel	7	23,3	2	6,4
Schmerzmittel	2	6,7	1	3,2
Heroin, LSD	3	10,0	0	0

Tab. 28: Kombination von Alkohol und Tabletten

23 % der Gamma- und 6 % der Delta-Alkoholiker greifen zusätzlich regelmäßig zu Schlaftabletten. 7 % der Gamma- und 3 % der Delta-Alkoholiker zu Schmerzmitteln.

10 % der Gamma-Alkoholiker spritzen sich starke Rauschdrogen wie Heroin bzw. LSD. Diese Drogenkonsumenten sind alle in die Gruppe der unter 30jährigen einzuordnen. 27 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker zeigen somit eine Mehrfachabhängigkeit.

4.6.7 Kombination von Alkohol und Rauchen

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nichtraucher	3	10,0	6	19,4
Zigarren	0	0	0	0
Pfeife	0	0	0	0
Zigaretten täglich:				
10	2	6,7	3	9,7
20	8	26,7	8	25,8
30	12	40,0	6	19,4
40	4	13,3	5	16,1
50	0	0	0	0
60	1	3,3	3	9,7

Tab. 29: Rauchgewohnheiten der Patienten

Nur 10 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker bezeichnen sich als Nichtraucher.

Alle übrigen Patienten sind Zigarettenraucher, die nur selten einmal zu einer Zigarre oder Pfeife greifen. Der durchschnittliche Zigarettenverbrauch pro Tag ist in beiden Gruppen ungefähr gleich groß. Die Gamma-Alkoholiker rauchen 28 und die Delta-Alkoholiker 30 Zigaretten pro Tag. Nur 7 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker rauchen weniger als 10 Zigaretten. 80 % der Gamma- und 61 % der Delta-Alkoholiker verbrauchen zwischen einer und zwei Schachteln, 3 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker sind sehr starke Raucher mit einem Konsum von 60 Zigaretten pro Tag.

4.6.8 Beginn und Dauer des Alkoholmißbrauchs

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angabe	1	3,3	4	12,9
bis zum 15. Lebensjahr	1	3,3	0	0
16. - 20. Lebensjahr	11	36,7	7	22,6
21. - 25. Lebensjahr	8	26,7	8	25,8
26. - 30. Lebensjahr	2	6,7	8	25,8
31. - 35. Lebensjahr	5	16,7	3	9,7
36. - 40. Lebensjahr	2	6,7	0	0
41. - 45. Lebensjahr	0	0	1	3,2

Tab. 30: Beginn des Mißbrauchs

Bei der Mehrzahl der Gamma-Alkoholiker läßt sich der Beginn des Alkoholmißbrauchs in das frühe Erwachsenenalter legen.

37 % beginnen zwischen dem 16. bis 20. Lebensjahr und 27 % bis zum 25. Lebensjahr. Die restlichen 30 % der Patienten folgen bis zum 40. Lebensjahr.

Bei den Delta-Alkoholikern vollzieht sich der Einstieg der meisten Patienten in den Alkoholmißbrauch über einen 5 Jahre längeren Zeitraum. Bei 23 % der Patienten liegt er zwischen dem 16. bis 20. Lebensjahr und bei je 26 % bis zum 25. bzw. 30. Lebensjahr. Nur noch 13 % der Patienten beginnen nach dem 30. Lebensjahr.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angabe	1	3,3	4	12,9
2 Jahre	0	0	0	0
4 Jahre	2	6,7	1	3,2
6 Jahre	4	13,3	2	6,4
8 Jahre	1	3,3	2	6,4
10 Jahre	5	16,7	2	6,4
15 Jahre	6	20,0	6	19,4
20 Jahre	7	23,3	12	38,7
25 Jahre	2	6,7	1	3,2
30 Jahre	2	6,7	1	3,2

Tab. 31: Dauer des Mißbrauchs

Die durchschnittliche Dauer des Alkoholmißbrauchs beträgt bei den Gamma-Alkoholikern 14 Jahre und bei den Delta-Alkoholikern 15 Jahre. Bei keinem der Patienten beträgt sie weniger als 2 Jahre. 23 % der Gamma-Alkoholiker geben einen Zeitraum von 3 - 8 Jahren an, 17 % zwischen 9 - 10 Jahren, 20 % bis zu 15 Jahren und 23 % bis zu 20 Jahren. Das heißt, 60 % der Gamma-Alkoholiker nehmen schon 9 - 20 Jahre lang zuviel Alkohol zu sich. 14 % tun dies länger als 20 Jahre.

Bei 23 % der Delta-Alkoholiker läuft diese engere Alkohol-Anamnese über 3 - 10 Jahre, wobei die Patienten ungefähr gleichmäßig über diesen Zeitraum verteilt sind. Bei 19 % kann der Beginn 10 - 15 Jahre, bei weiteren 39 % 15 - 20 Jahre zurückdatiert werden. Nur 6 % der Delta-Alkoholiker betreiben länger als 20 Jahre Alkoholmißbrauch. In dieser Zeit hat sich auch bei allen Patienten der Übergang vom Mißbrauch in die Abhängigkeit vollzogen. Dieser Übergang läßt sich allerdings noch viel schwerer als der Beginn des Mißbrauchs abgrenzen, so daß hier nur die Daten über den Alkoholmißbrauch, das Ausmaß und die Dauer der Sucht verdeutlichen sollen.

4.7 Einweisungsdiagnose

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Grand-mal-Anfall	9	26,7	19	61,3
Prädelir	1	3,3	5	16,1
Delir	4	13,3	2	6,4
unruhiger Verwirrtheitszustand	2	6,7	0	0
Tranquilizer-Analgetika-Intoxikation	1	3,3	0	0
akute LSD-Intoxikation	1	3,3	0	0
Androhung eines Suizidversuches	0	0	1	3,2
Kollaps	0	0	1	3,2
Commotio cerebri	0	0	1	3,2
Entgiftung vor einer Therapie	10	33,3	4	12,9
Polyneuropathie	2	6,7	2	6,4
Alkoholpsychose	1	3,3	1	3,2
Korsakow-Syndrom	1	3,3	0	0

Tab. 32: Einweisungsdiagnose (Mehrfachnennungen möglich)

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keiner	8	26,7	10	32,3
1mal	6	20,0	7	22,6
2mal	6	20,0	2	6,4
3mal	2	6,7	0	0
4mal	3	10,0	4	12,9
5mal	1	3,3	0	0
6 - 10mal	4	13,3	7	22,6

Tab. 33: Anzahl der bereits erfolgten Krankenhausaufenthalte wegen Alkoholmißbrauchs und seinen Folgen

60 % der Gamma- und 84 % der Delta-Alkoholiker wurden notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen.

Der häufigste Grund dafür war bei 30 % der Gamma- und 61 %

der Delta-Alkoholiker ein cerebraler Krampfanfall vom Grand-mal-Typ. 17 % der Gamma- und 23 % der Delta-Alkoholiker befanden sich im Delir bzw. seiner Vorstufe, dem Prädelir.

1/3 der Gamma- und 13 % der Delta-Alkoholiker kamen freiwillig zur körperlichen Entgiftung vor einer geplanten Therapie in einem Fachkrankenhaus oder einer ambulanten Behandlung durch eine Selbsthilfeorganisation. Bei 27 % der Gamma- und 32 % der Delta-Alkoholiker ist dies die erste stationäre Behandlung im Rahmen des Alkoholmißbrauchs.

Für 20 % der Gamma- und 23 % der Delta-Alkoholiker ist dies zum zweiten Mal erforderlich. 40 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker mußten neben der ambulanten Therapie durch den Hausarzt bereits bis zu fünfmal ihre körperlichen Folgeschäden des Alkoholmißbrauchs in einer Klinik behandeln lassen, bei 13 % der Gamma- und 23 % der Delta-Alkoholiker waren dazu mehr als fünf Krankenhausaufenthalte erforderlich.

Die häufigsten Erkrankungen waren: Fettleber, Hepatitis, Pankreatitis, Gastritis, Ulcusleiden, dazu kamen auf neurologischem Gebiet Polyneuropathie und cerebraler Krampfanfall. Einige Patienten waren auch aufgrund eines Arbeitsunfalls, den sie in alkoholisiertem Zustand verursacht hatten, behandelt worden.

4.8 Anzahl der bereits erfolgten stationären Alkoholentzüge

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1mal	5	16,7	5	16,1
2mal	5	16,7	0	0
3mal	0	0	0	0
4mal	1	3,3	0	0

Tab. 34. Stationäre Aufenthalte zur Entgiftung bzw. Entziehungskuren

25 % aller Patienten haben bereits mindestens einen stationären Behandlungsversuch ihrer Abhängigkeit unternommen. 17 % der Gamma- und 16 % der Delta-Alkoholiker waren einmal zur

körperlichen Entgiftung bzw. zu einer mehrmonatigen Entziehungsbehandlung in einer Fachklinik. Keiner der Delta-Alkoholiker war mehrfach in Behandlung. Dagegen waren 17 % der Gamma-Alkoholiker bereits zweimal zur Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit in einer Klinik. Ein Gamma-Alkoholiker hatte bereits vier, zum Teil abgebrochene Entziehungskuren ohne Erfolg hinter sich gebracht.

4.9 Mögliche Ursachen des Alkoholismus

4.9.1 Familiensituation in der Kindheit

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ungestörte Kindheit	7	23,3	13	41,9
gestörte Kindheit				
unvollständige Familie				
- unehelich geboren	0	0	1	3,2
- Halbwaise	7	23,3	6	19,4
- Vollwaise	0	0	1	3,2
- Scheidungskind	1	3,3	2	6,4
Erziehung außerhalb der Familie				
- Pflegekind	1	3,3	1	3,2
- Heimkind	2	6,7	3	9,7
- Adoptivkind	0	0	0	0
- von den Großeltern erzogen	5	16,7	5	16,1
Störungen innerhalb der Familie				
- Vater Alkoholiker	9	30,0	4	12,9
- Mutter Alkoholikerin bzw. tablettenabhängig	2	6,7	1	3,2
- Stiefeltern	4	13,3	4	12,9
- schlechte Ehe der Eltern	7	23,3	2	6,4

Tab. 35: Familiensituation in der Kindheit

Nur 23 % der Gamma- aber 42 % der Delta-Alkoholiker beschreiben ihre Kindheit als ungestört und gut. Alle anderen Patienten waren einem oder mehreren der folgenden Störfaktoren ausgesetzt, die sich ihrerseits gegenseitig bedingten oder aber verstärkten.

27 % der Gamma- und 32 % der Delta-Alkoholiker sind in einer unvollständigen Familie aufgewachsen. Die meisten Patienten, nämlich 23 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker, mußten den Tod eines Elternteils verkraften.

27 % der Gamma- und 29 % der Delta-Alkoholiker wurden außerhalb der Familie erzogen. Jeweils 3 % der Patienten aus beiden Gruppen kamen als Pflegekind in eine neue Familie, da die Eltern mit der Erziehung überfordert waren. 7 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker wuchsen aus diesen Gründen in Heimen auf. 17 % der Gamma- und 16 % der Delta-Alkoholiker wurden von den Großeltern erzogen.

In Bezug auf die Störungsfaktoren innerhalb der Familie zeigen sich die größten Unterschiede zwischen beiden Patientenkollektiven. 30 % der Gamma- gegenüber 13 % der Delta-Alkoholiker hatten einen alkoholabhängigen Vater. Bei 7 % der Gamma- und 3 % der Delta-Alkoholiker war die Mutter alkohol- oder tablettenabhängig.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	7	23,3	3	9,7
teilweise	4	13,3	3	9,7
nein	19	63,3	25	80,6

Tab. 36: Berufstätigkeit der Mutter

Ein weiterer Faktor, der sich ungünstig auf die Erziehung der Kinder auswirken kann, ist die Berufstätigkeit der Mutter. Dies betraf nur 37 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker, wobei nur bei 23 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker die Mutter, neben dem Vater, ständig berufstätig war.

63 % der Gamma- und 81 % der Delta-Alkoholiker konnten während ihrer ganzen Kindheit von ihrer Mutter ständig versorgt und betreut werden.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Jüngstes Kind	9	30,0	9	29,0
Ältestes Kind	9	30,0	9	29,0
Einzelkind	5	16,7	2	6,4
Sonstiges	7	23,3	11	35,5

Tab. 37: Stellung in der Geschwisterreihe

In Bezug auf die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe zeigt sich keine Häufung einer Position. Die Verteilung weist auch zwischen den Gruppen keine deutlichen Unterschiede auf. Ca. 30 % der Patienten sind das älteste bzw. jüngste Kind. 17 % der Gamma- und 6 % der Delta-Alkoholiker sind Einzelkinder.

4.9.2 Soziale Stellung der Eltern

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ungelernter Arbeiter	4	13,3	2	6,4
Facharbeiter	16	53,3	16	51,6
Angest./Beamter in untergeordneter Stellung	5	16,7	6	19,4
Angest./Beamter in leitender Stellung	2	6,7	1	3,2
Selbständig	1	3,3	5	16,1
Landwirt	2	6,7	1	3,2

Tab. 38: Soziale Stellung der Eltern anhand des Berufs des Vaters

Die soziale Stellung der Herkunftsfamilie weist keine interpretierbaren Unterschiede zwischen den Patientengruppen auf. Über 70 % der Familien in beiden Gruppen sind in die untere Mittelschicht einzuordnen. Bei 53 % der Gamma- und 52 % der

Delta-Alkoholiker waren die Väter Facharbeiter. Die zweitgrößte Berufsgruppe stellen mit 17 % bei den Gamma- und 19 % bei den Delta-Alkoholikern die Angestellten bzw. Beamten in untergeordneter Position. 7 % der Väter der Gamma- und 3 % der Delta-Alkoholiker waren Landwirte.

In die gehobene Mittelschicht können 10 % der Familien der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker eingeordnet werden. Die Väter waren als Angestellte bzw. Beamte in leitender Position oder selbständig tätig. 13 % der Gamma- und 6 % der Delta-Alkoholiker stammen aus der Unterschicht, ihre Väter waren als ungelernte Arbeiter beschäftigt.

Vergleicht man die soziale Stellung der Patienten mit der ihrer Väter, so sieht man, daß die Verteilung entsprechend ausfällt. Es hat sich im allgemeinen kein sozialer Auf- oder Abstieg der Söhne ergeben.

4.9.3 Alkoholkonsum der Eltern

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
täglich	11	36,7	8	25,8
1 - 2mal die Woche	4	13,3	10	32,3
1 - 2mal im Monat	6	20,0	4	12,9
3 - 4mal im Jahr	7	23,3	3	9,7
abstinent	2	6,7	1	3,2
keine Angaben	0	0	5	16,1

Tab. 39: Alkoholkonsum des Vaters

37 % der Väter der Gamma-Alkoholiker und 26 % der Väter der Delta-Alkoholiker haben täglich Alkohol getrunken. Zieht man die Angaben über die Alkoholabhängigen in der Familie hinzu, so kann man sagen, daß mindestens 30 % der Väter bei den Gamma-Alkoholikern und 13 % bei den Delta-Alkoholikern regelmäßig und exzessiv getrunken haben.

Häufige Alkoholtrinker sind mit einem Alkoholkonsum von ein- bis zweimal in der Woche 13 % der Väter der Gamma- und 32 %

der Delta-Alkoholiker gewesen.

In die Gruppe der seltenen Alkoholkonsumenten kann man die Väter zählen, die alle Monate oder einmal im Vierteljahr Alkohol trinken. Dies sind 43 % bei den Gamma- und 23 % bei den Delta-Alkoholikern. 7 % der Väter der Gamma-Alkoholiker und 3 % der Delta-Alkoholiker haben völlig abstinente gelebt.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
täglich	1	3,3	1	3,2
1 - 2mal die Woche	0	0	3	9,7
1 - 2mal im Monat	2	6,7	3	9,7
3 - 4mal im Jahr	18	60,0	11	35,5
abstinente	9	30,0	8	25,8
keine Angaben	0	0	5	16,1

Tab. 40: Alkoholkonsum der Mutter

Die Mehrzahl der Mütter läßt sich der Gruppe der selten alkoholkonsumierenden Bevölkerung zuteilen. Dies sind 2/3 der Mütter der Gamma-Alkoholiker und 45 % der Mütter der Delta-Alkoholiker. Die nächstgrößere Gruppe bilden die völlig abstinenten Frauen. Dies sind 30 % bei den Gamma- und 26 % bei den Delta-Alkoholikern. Nur 3 % der Mütter der Gamma-Alkoholiker und 13 % der Mütter der Delta-Alkoholiker haben regelmäßig getrunken, darunter sind jeweils 3 % der Mütter, die täglich Alkohol getrunken haben.

Im Verhalten der Eltern bezüglich des Alkoholkonsums fällt auf, daß die Männer völlig andere Trinkgewohnheiten aufweisen als ihre Frauen. Während 50 % der Väter der Gamma-Alkoholiker und 58 % der Väter der Delta-Alkoholiker zu den häufigen Alkoholverbrauchern zählen, die in der Mehrzahl täglich trinken, konsumieren 90 % der Mütter der Gamma-Alkoholiker und 61 % der Mütter der Delta-Alkoholiker selten alkoholische Getränke. Sie trinken in der Mehrzahl der Fälle nur drei bis viermal im Jahr Alkohol.

4.9.4 Alkoholismus in der Verwandtschaft

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Eltern	11	36,7	5	16,1
Geschwister	4	13,3	3	9,7
Großeltern	1	3,3	2	6,4
Ehefrau	5	16,7	5	16,1
Onkel/Tante	5	16,7	2	6,4
Cousin/Cousine	1	3,3	2	6,4

Tab. 41: Alkoholismus in Familie und Verwandtschaft

Hier erhält man überdurchschnittlich hohe Angaben über die Häufigkeit an Alkoholkranken in der engeren Familie. Bei der Hälfte der Gamma-Alkoholiker und bei 26 % der Delta-Alkoholiker ist noch ein weiteres Familienmitglied der Herkunftsfamilie alkoholabhängig. Bei 37 % der Gamma- und 16 % der Delta-Alkoholiker ist dies ein Elternteil und bei 13 % der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker ist es meist einer der Brüder. Bei 17 % der Gamma- und 6 % der Delta-Alkoholiker finden sich auch unter den Geschwistern der Eltern Alkoholiker.

Jeder 6. Patient schildert einen Alkoholmißbrauch seiner Ehefrau und bezeichnet sie als ebenso abhängig wie er selbst es sei.

4.9.5 Suizidversuche in der Familie

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Eigene	8	26,7	1	3,2
Bruder	1	3,3	1	3,2
Frau	1	3,3	1	3,2
Vater	0	0	1	3,2

Tab. 42: Suizide oder Selbstmordersuche in der Familie

Es ergibt sich keine Häufung von Suizidversuchen in den Familien der Patienten. Jedoch haben 27 % der Gamma-Alkoholiker im Gegensatz zu 3 % der Delta-Alkoholiker bereits einen Selbstmordversuch unternommen.

4.9.6 Erste Erfahrungen mit dem Alkohol

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Angaben	3	10,0	3	9,7
bis zum 10. Lebensjahr	1	3,3	2	6,4
bis zum 12. Lebensjahr	0	0	3	9,7
bis zum 14. Lebensjahr	6	20,0	6	19,4
bis zum 16. Lebensjahr	9	30,0	9	29,0
bis zum 18. Lebensjahr	3	10,0	3	9,7
bis zum 20. Lebensjahr	4	13,3	4	12,9
bis zum 25. Lebensjahr	2	6,7	1	3,2
nach dem 25. Lebensjahr	2	6,7	0	0

Tab. 43: Alter, in welchem die ersten Trinkerfahrungen gesammelt wurden

Das durchschnittliche Alter, in welchem die Patienten ihre ersten Trinkerfahrungen gesammelt haben, beträgt bei den Gamma-Alkoholikern 17 Jahre und bei den Delta-Alkoholikern 16 Jahre. 3 % der Gamma- aber 16 % der Delta-Alkoholiker haben schon sehr früh, vor dem 12. Lebensjahr, die ersten Trinkerfahrungen gemacht. Bis zum 14. Lebensjahr haben weitere 20 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker begonnen. Zwischen dem 14. - 16. Lebensjahr haben es die meisten Patienten, 30 % der Gamma- und 29 % der Delta-Alkoholiker versucht; bis zum 18. Lebensjahr folgen jeweils 10 % und bis zum 20. Lebensjahr noch einmal je 13 % der Patienten. 14 % der Gamma- aber nur 3 % der Delta-Alkoholiker haben nach dem 20. Lebensjahr die ersten Trinkversuche unternommen.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angaben	3	10,0	3	9,7
in Zusammenhang mit Schule/Arbeit	9	30,0	12	38,7
Familie	9	30,0	8	25,8
Verein	3	10,0	5	16,1
Gasthaus	2	6,7	2	6,4
Bundeswehr	2	6,7	1	3,2
Allein in der Wohnung	2	6,7	0	0

Tab. 44: Ort der ersten Trinkerfahrung

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angaben	3	10,0	3	9,7
kein besonderer Anlaß	8	26,7	14	45,2
Fest mit Freunden	4	13,3	6	19,4
Familienfeier	5	16,7	4	12,9
Betriebsfeier	5	16,7	2	6,4
privater Kummer	5	16,7	1	3,2
als Arznei	0	0	1	3,2

Tab. 45: Motiv für den ersten Alkoholgenuß

30 % der Gamma- und 39 % der Delta-Alkoholiker machten diese ersten Erfahrungen mit dem Alkohol im Zusammenhang mit Schule bzw. Arbeit.

30 % der Gamma- und 26 % der Delta-Alkoholiker haben zum ersten Mal im Familienkreis, entweder im Rahmen einer Feier oder auch ohne besonderen Anlaß Alkohol getrunken. Auffallend ist, daß bereits 17 % der Gamma-Alkoholiker angeben, daß der Grund für ihren ersten Alkoholkonsum privater Kummer gewesen sei und sie versucht hätten, mit Hilfe des Alkohols über den Schmerz hinwegzukommen.

4.9.7 Erster Rausch

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angaben	7	23,3	13	41,9
bis zum 10. Lebensjahr	0	0	0	0
bis zum 12. Lebensjahr	1	3,3	0	0
bis zum 14. Lebensjahr	2	6,7	3	9,7
bis zum 16. Lebensjahr	8	26,7	5	16,1
bis zum 18. Lebensjahr	5	16,7	6	19,4
bis zum 20. Lebensjahr	1	3,3	3	9,7
bis zum 22. Lebensjahr	5	16,7	1	3,2
später	1	3,3	0	0

Tab. 46: Alter, in welchem die Patienten zum ersten Mal betrunken waren

An ihren ersten Rausch können sich nur noch 77 % der Gamma- und 58 % der Delta-Alkoholiker erinnern. Das durchschnittliche Alter beträgt bei den Gamma-Alkoholikern 18 Jahre und bei den Delta-Alkoholikern 17 Jahre und liegt damit jeweils um 1 Jahr höher, als das Alter, in dem die Patienten ihre ersten Erfahrungen mit dem Alkohol überhaupt gesammelt haben.

Bis zum 14. Lebensjahr waren in beiden Gruppen bereits 10 % der Patienten einmal betrunken. Die meisten Patienten, 27 % der Gamma- und 16 % der Delta-Alkoholiker, erlebten ihren ersten Rausch zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr, bis zum 13. Lebensjahr folgten weitere 17 % der Gamma- und 19 % der Delta-Alkoholiker. Bis zum 20. Lebensjahr waren bereits 57 % der Gamma- und 55 % der Delta-Alkoholiker einmal betrunken.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angaben	7	23,3	13	41,9
allein	4	13,3	2	6,4
in der Familie	1	3,3	4	12,9
im Gasthaus	5	16,7	1	3,2
im Verein	5	16,7	5	16,1
nach der Arbeit	5	16,7	4	12,9
bei der Bundeswehr	3	10,0	2	6,4

Tab. 47: Gelegenheit, bei der sich die Patienten das erste Mal betrunken haben

Jeweils 17 % der Gamma-Alkoholiker beschreiben die Gelegenheit, bei der sie sich betrunken haben wie folgt: im Verlauf eines Vereinsabends, nach der Arbeit mit den Kollegen, mit Freunden in einer Gastwirtschaft. 13 % haben sich alleine in ihrer Wohnung betrunken. Weitere 10 % bei der Bundeswehr und nur 3 % im Familienkreis. Bei den Delta-Alkoholikern fällt die Verteilung etwas anders aus. 16 % haben sich im Verlauf eines Vereinsabends betrunken, 13 % nach der Arbeit zusammen mit Kollegen und ebensoviele im Familienkreis, weitere 6 % allein in der Wohnung bzw. bei der Bundeswehr und nur 3 % mit Freunden in einer Gastwirtschaft.

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Angaben	10	33,3	14	45,2
weniger als ein Jahr	15	50,0	6	19,4
- 2 Jahre	0	0	3	9,7
- 3 Jahre	2	6,7	4	12,9
- 4 Jahre	1	3,3	2	6,4
- 5 Jahre	0	0	1	3,2
mehr als 5 Jahre	2	6,7	1	3,2

Tab. 48: zeitliche Differenz zwischen dem ersten Alkoholgenuß und dem ersten Rausch

Befragt man die Patienten nach dem zeitlichen Abstand zwischen der ersten Trinkerfahrung und dem ersten Rausch, so können dies nur noch 2/3 der Gamma- und 55 % der Delta-Alkoholiker zuordnen, so daß diese Angaben nur sehr wenig aussagekräftig sind. Sie sollen jedoch wegen des auffälligen Ergebnisses erwähnt werden.

3/4 der Gamma-Alkoholiker und 35 % der Delta-Alkoholiker, die diese Frage beantwortet haben, geben eine geringere Zeitspanne als 1 Jahr an. Viele dieser Patienten erklären, daß ihr erstes Trinkerlebnis zeitlich mit dem ersten Rausch zusammenfällt.

4.9.8 Motive für den regelmäßigen Alkoholgenuß

	Gamma-Alkoholiker		Delta-Alkoholiker	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Betäubung	29	96,7	16	51,6
Minderung der Angst	25	83,3	17	54,8
Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen	17	56,7	6	19,4
euphorisierende Wirkung	17	56,7	10	32,3
Schüchternheit	18	60,0	2	6,4
gesellschaftliche Gründe	11	36,7	25	80,6
Arzneimittel	2	6,7	4	12,9
Nahrung	0	0	2	6,4

Tab. 49: Gründe für den regelmäßigen Alkoholgenuß

In beiden Patientengruppen sind die spezifischen Wirkungen des Alkohols eine Hauptursache für den regelmäßigen Gebrauch. Die meisten Patienten suchen die betäubende Wirkung, die die Angst dämpft und Sorgen in den Hintergrund treten läßt. An zweiter Stelle liegt der Einsatz der euphorisierenden und stimmungsaufhellenden Wirkung. Sie überspielt Minderwertigkeitsgefühle und damit auch die Schüchternheit. Fast alle Delta-Alkoholiker geben als Motiv für ihr regelmäßiges Trin-

ken auch den Druck an, den Kollegen und Freunde auf sie ausüben, damit sie in ihrer Gesellschaft trinken.

4.10 Persönlichkeitsmerkmale im Gießen-Test

Es war nicht unsere Absicht, bei der Auswertung des Testes einzelne, besonders charakteristische Patientenprofile herauszuarbeiten und zu analysieren, sondern, es wurden anhand der Einordnung in die 6 Standardskalen des Gießen-Testes (Anlage 4) Gruppenprofile erstellt. Der neutrale Mittelwert jeder Skala beträgt 24, da jede Skala aus 6 Items besteht, wobei die Bewertung des Neutralwertes jedesmal 4 ist.

Betrachtet man nun die Normwerte der Standardskalen, so sieht man, daß diese bereits vom Neutralwert in Richtung auf kollektive Wunschbilder abweichen, wobei sich einige Skalenwerte als altersabhängig erweisen (15).

GPI - Profilblatt

% - Rang

T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

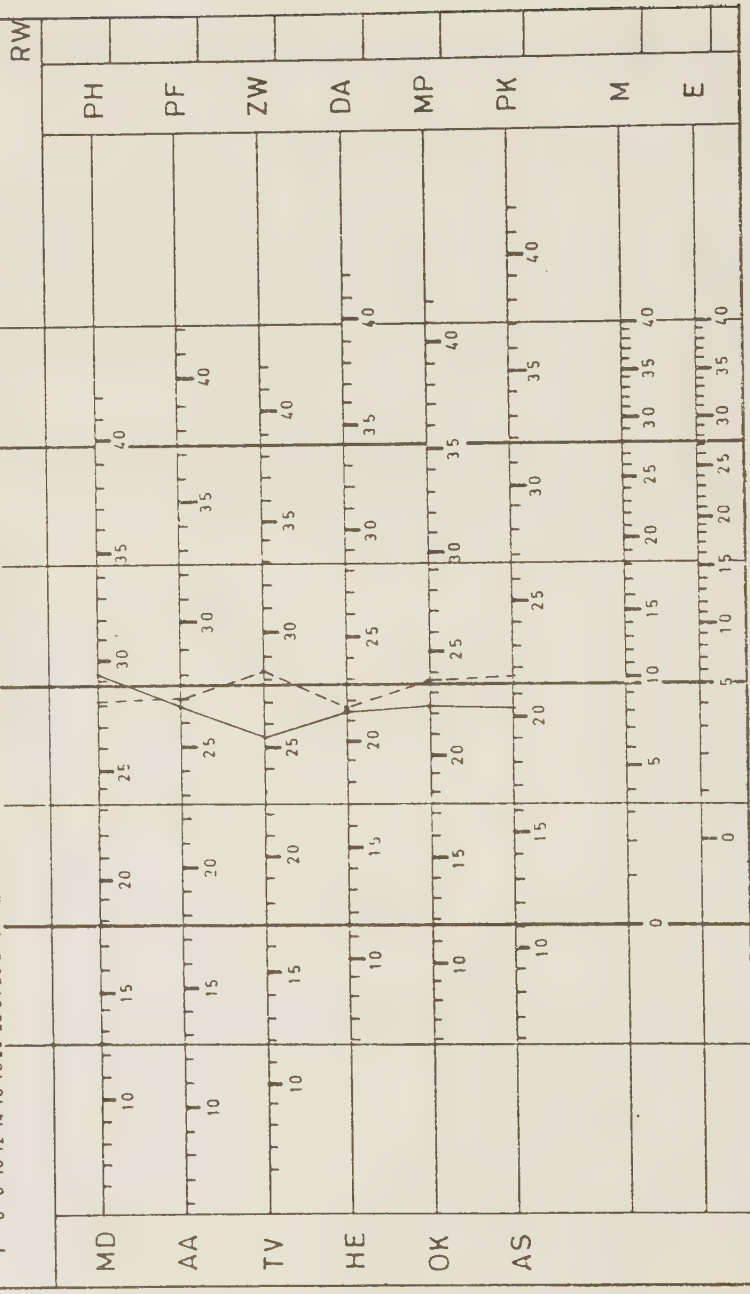


Abb. 2: Vergleich der Normwerte der Standardskalen für 18-34 (—) und 35-60 (---) jährige Männer

Skala	Normwerte der Standardskalen für	
	18 - 34jährige Männer	35 - 60jährige Männer
1	29,19	28,12
2	26,69	27,00
3	25,23	28,31
4	21,36	21,63
5	22,24	23,43
6	20,25	21,67

Tab. 50: Vergleich der Normwerte der Standardskalen des Gießen-Testes für Männer, entnommen aus Gießen-Test: Handbuch von Dieter Beckmann (15).

Die deutlichsten Abweichungen vom neutralen Mittel finden sich in den Skalen 1, 2, 3 und 6.

Allgemein erwünscht sind hiernach:

Positive soziale Resonanz (Skala 1),

Fügsamkeit (Skala 2),

Überkontrolliertheit (Skala 3) und

soziale Potenz (Skala 6).

GPI - Profilblatt

% - Rang

T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

0,1 Q6 23 67 159 309 500 309 67 23 06 Q1

RW

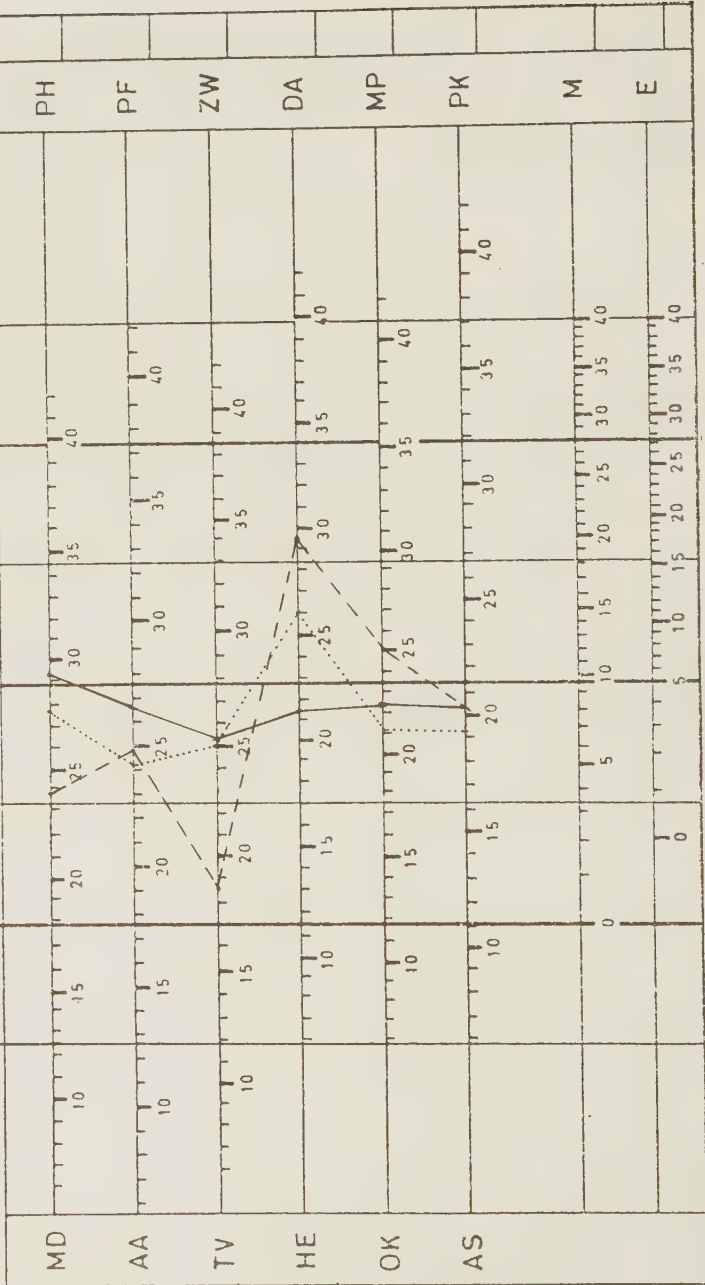


Abb. 3: Vergleich der Normwerte der 18-34jährigen (—) mit den entsprechenden Werten der Gamma- (---) und Delta- (....) Alkoholiker

Skala	Normwerte	Gamma-Alkoholiker	Delta-Alkoholiker
1	29,19	23,73	27,80
2	26,69	24,82	24,20
3	25,23	18,55	25,00
4	21,36	29,27	26,00
5	22,24	25,00	21,10
6	20,25	20,18	19,20

Tab. 51: Vergleich der Normwerte der 18 - 34jährigen mit den entsprechenden Werten der Gamma- und Delta-Alkoholiker

Vergleicht man die Werte der Alkoholiker mit dem Normkollektiv, so findet man in der Gruppe der 18 - 34jährigen:

Skala 1 Soziale Resonanz

Es zeigt sich eine Linksabweichung beider Gruppen in Richtung geringere bzw. negative soziale Resonanz, die bei den Gamma-Alkoholikern sehr deutlich ausfällt.

Skala 2 Dominanz

Beide Patientengruppen liegen am Neutralwert, was eine Linksabweichung in Richtung größere Dominanz gegenüber der Normalverteilung bedeutet.

Skala 3 Kontrolle

Die Delta-Alkoholiker bewerten sich ähnlich wie das Normalkollektiv. Die Gamma-Alkoholiker zeigen jedoch eine sehr deutliche Linksabweichung in den Bereich: unterkontrolliert in Bezug auf ihre Triebregrulation.

Skala 4 Grundstimmung

Während sich das Normalkollektiv als eher weniger bedrückt darstellt, kennzeichnen sich beide Patientengruppen als deut-

lich depressiv, wobei die Gamma-Alkoholiker die extremeren Werte aufweisen.

Skala 5

Durchlässigkeit

Man sieht eine deutliche Abweichung der Gamma-Alkoholiker in Richtung auf größere persönliche Verslossenheit.

Skala 6

Soziale Potenz

Beide Patientengruppen unterscheiden sich nicht vom Normalkollektiv. Sie gehen die deutliche Abweichung vom Neutralpunkt, hin zu sozialer Potenz, mit.

GPI - Profilblatt

% - Rang

T 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90

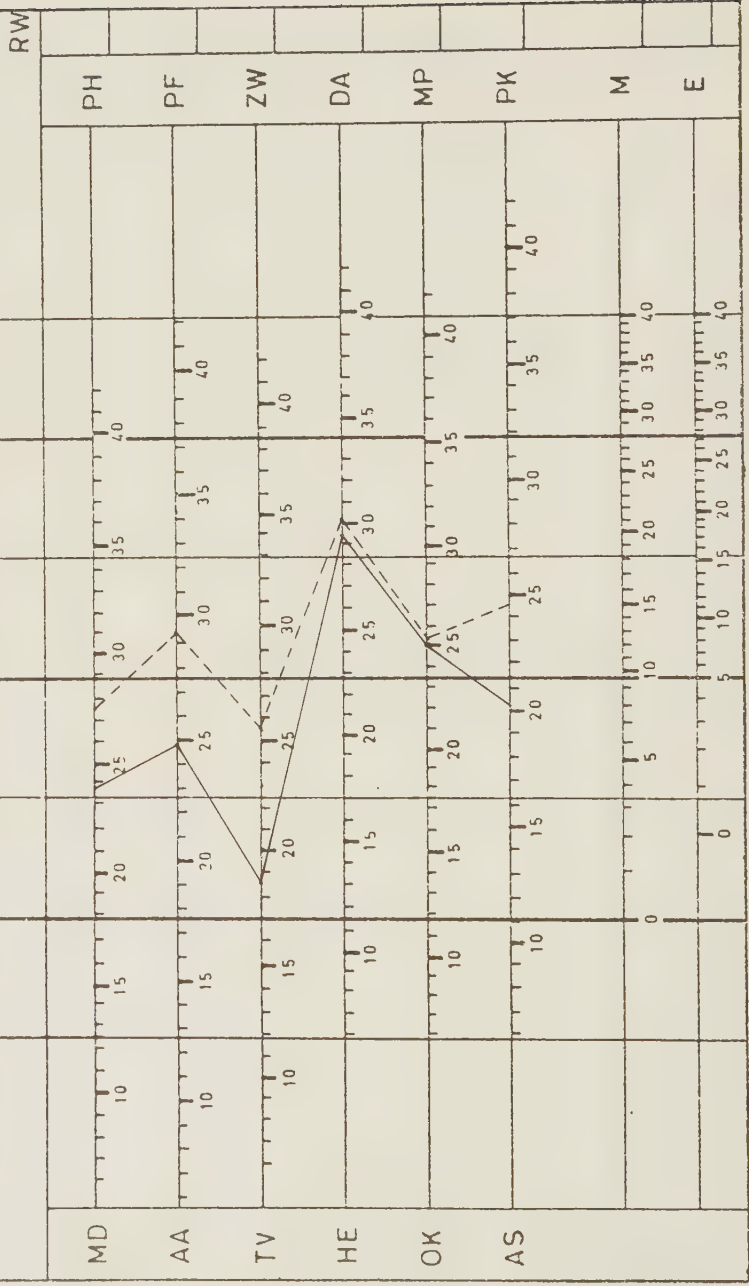


Abb. 5: Vergleich der Werte der 18-34-jährigen Gamma-Alkoholiker (—) mit denen der 35-60-jährigen Gamma-Alkoholiker (---)

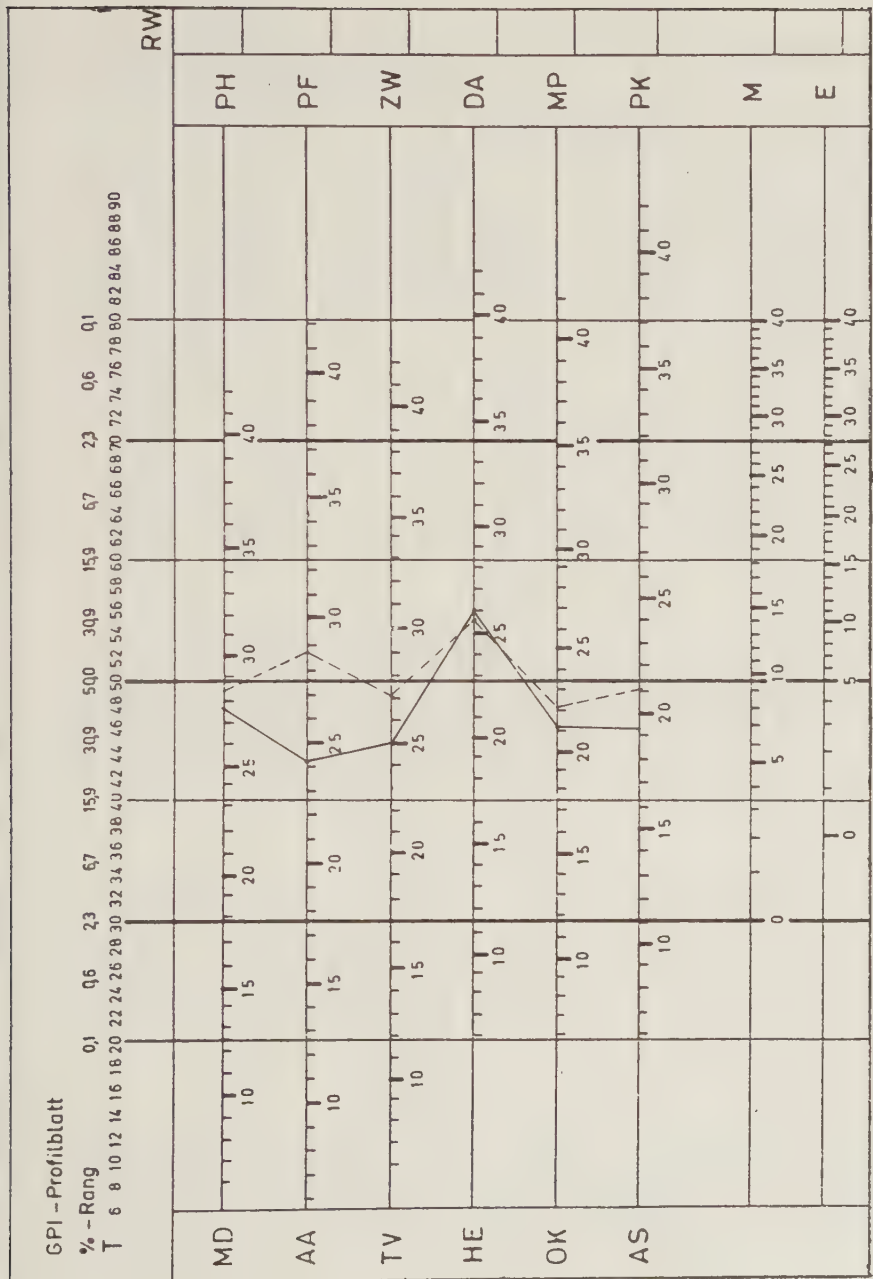


Abb. 6: Vergleich der Werte der 18-34-jährigen Delta-Alkoholiker (—) mit denen der 35-60-jährigen Delta-Alkoholiker (---)

Skala	Normwerte	Gamma-Alkoholiker	Delta-Alkoholiker
1	28,12	27,46	28,50
2	27,00	29,31	28,78
3	28,31	25,54	27,06
4	21,63	30,08	25,61
5	23,43	25,23	22,11
6	21,67	24,54	21,00

Tab 52: Vergleich der Normwerte der 35 - 60jährigen mit den entsprechenden Werten der Gamma- und Delta-Alkoholiker

Vergleicht man die Werte der älteren Alkoholiker mit denen des Normkollektivs und gleichzeitig mit den Angaben der jüngeren Patienten, so sieht man:

Skala 1

Soziale Resonanz

Die Darstellung weicht nicht von der des Normalkollektivs ab, wobei sich die Werte der älteren Gamma-Alkoholiker deutlich von den Angaben der jüngeren Gamma-Alkoholiker unterscheiden, die sich als nicht durchsetzungsfähig und wenig beliebt beschreiben.

Skala 2

Dominanz

Beide Patientengruppen zeigen eine vergleichbare Abweichung in Richtung größere Gefügigkeit gegenüber dem Standardkollektiv. Auffällig ist der Gegensatz zur Abweichungsrichtung der jüngeren Patienten, die sich in beiden Gruppen als dominanter kennzeichnen.

Skala 3

Kontrolle

Beide Patientengruppen folgen der Rechtstendenz des Normkollektivs, hin zu größerer Selbstkontrolle. Die große Differenz zwischen den Werten der Kontrollgruppe und der Gamma-Alko-

liker verkleinert sich, doch weisen diese weiterhin eine geringere Triebkontrolle auf.

Skala 4

Grundstimmung

Während auch die Grundstimmung der älteren Vergleichsgruppe als eher heiter beschrieben werden kann, sind beide Patientengruppen deutlich depressiv. Sie stellen dies ähnlich ausgeprägt wie die jüngeren Patienten dar, wobei auch der große Abstand zwischen den Werten der Delta- und Gamma-Alkoholiker erhalten bleibt.

Skala 5

Durchlässigkeit

Die Delta-Alkoholiker charakterisieren sich als etwas aufgeschlossener, die Gamma-Alkoholiker als verschlossener als die Vergleichsgruppe.

Skala 6

Soziale Potenz

Die Delta-Alkoholiker folgen in ihrer Darstellung dem allgemeinen Trend. Im Gegensatz dazu und auch zu den Zahlen der jüngeren Gamma-Alkoholiker, stellen sich die älteren Gamma-Alkoholiker rechts vom Neutralwert als wenig fähig bei der Gestaltung sozialer Kontakte dar.

5. Diskussion

Alle Diagnosen und Einteilungen von Krankheitszuständen sind letztlich Konstrukte, die aus der klinischen Empirie oder für die Klinik geschaffen wurden. Ihre Brauchbarkeit entscheiden Konvention aller oder möglichst vieler Wissenschaftler und klinischer Alltag. Dieser Tatsache muß man sich auch bei der Untersuchung, Beurteilung und Kategorisierung von Alkoholkranken nach dem heute gebrauchten Schema von Jellinek bewußt sein (66, 67). In diesem einfachen, weitgehend anerkannten und für den klinischen Alltag brauchbaren Schema stellen die Gamma- und Delta-Alkoholiker die größten und problematischsten Gruppen dar.

Überblickt man die deutsche und angelsächsische Literatur zu diesem Thema, so zeigt sich, daß es - abgesehen von einigen allgemeinen Hinweisen - keine repräsentativen Studien gibt.

Allgemeingültige Aussagen über Alkoholkranke und Alkoholismus sind oft schwer zu machen, zumal jeder Untersucher auf die Kranken zurückgreifen muß, die ihm zur Verfügung stehen oder zugeführt werden. So erhält jede Klinik durch ihren Standort, ihre Struktur und ihr Therapiekonzept ein ausgewähltes Krankengut. Freiwillig drei bis sechs Monate in eine Alkoholfachklinik eingetretene Patienten unterscheiden sich ganz erheblich von den Alkoholkranken einer Psychiatrischen Klinik, die unter Umständen zwangsweise eingeliefert wurden und bei denen schwere psychische und meist auch körperliche Schäden vorliegen. Die Alkoholkranken in Medizinischen Kliniken unterscheiden sich noch mehr von den obengenannten Gruppen. Unter ihnen sind sicher viele Kranke mit larviertem Alkoholismus.

Der sogenannte larvierte Alkoholismus ist nur durch Zufall zu entdecken, etwa bei hinzutretenden Allgemeinerkrankungen, bei krankheitsbedingten alarmierenden Symptomen, etwa epileptischen Reaktionen, Prädelirien und Delirien.

Diese nicht unbekannte Erfahrung gilt auch für die hier vorgelegte Studie, die sich bemüht, Unterschiede und/oder Ge-

meinsamkeiten der Gamma- und Delta-Alkoholiker einer Neurologischen Großstadtklinik zu erarbeiten. Gerade diese Kranken sind sehr häufig als Notfälle, wegen epileptischer Anfälle im Prädelir und im Delir eingewiesen worden. Sie machen auch nach Abklingen der Akutsymptomatik ihre körperlichen Beschwerden, Ausdruck von Polyneuropathien, sogenannte allgemeine Schwäche mit vegetativen Beschwerden, für den Aufenthalt und den "Zusammenbruch" verantwortlich.

So kann auch diese Studie mit stationär behandelten Alkoholkranken aus einem Großstadtmilieu nicht als repräsentativ gelten, sondern nur eine Facette des Problems des Alkoholismus, insbesondere der Kategorie des Gamma- und Delta-Alkoholismus, darstellen. Dieser Hinweis scheint auch wichtig im Hinblick auf die bekannte Tatsache, wonach erhebliche Unterschiede zwischen Alkoholkranken aus sogenannten gehobenen Gesellschaftsschichten bestehen, die ihre Krankheit häufig verheimlichen können, und Abhängigen, die im Kontakt mit öffentlichen Institutionen stehen, die also nicht "larviert" bleiben. Diesen Umstand hob Wilkins besonders hervor (128). Berücksichtigt werden muß auch die kulturell unterschiedlich geprägte Einstellung gegenüber dem Alkoholkonsum, die von Land zu Land verschieden ist, was Jellinek 1960 sehr klar umriß (68). Er führte aus, daß in einem Sozialmilieu, das nur mäßiges Trinken akzeptiert und Exzesse ablehnt, nur jene Individuen trunksüchtig zu werden drohen, die sich unter dem Druck erheblicher psychischer Anomalien über die sozialen Trinknormen hinwegsetzen. Dagegen sind in einem Milieu mit großzügigeren Trinksitten Gewohnheitstrinker schon bei geringfügiger psychischer oder physiologischer Vulnerabilität suchtgefährdet.

Diese einleitenden Hinweise erscheinen wichtig, weil die Heterogenität der Untersuchten hinsichtlich sozialer Stellung, Kultur, Freiwilligkeit, Unfreiwilligkeit oder Zufall der Krankenhausaufnahme Vergleiche mit bisherigen Studien kaum möglich machen.

Was die hier zur Diskussion stehenden speziellen Fragen der Unterschiede und/oder Gemeinsamkeiten zwischen Gamma- und Delta-Alkoholikern angeht, gibt es in der neueren angelsächsischen Literatur kaum Untersuchungen, die sich damit befassen. Nur Abelsohn, Stein und Walton untersuchten getrennte Kollektive von Gamma- und Delta-Alkoholikern (1, 113, 123).

Trotz und gerade wegen der hier aufgezeigten Schwierigkeiten ist es sinnvoll, anhand eines Kollektivs von Gamma- und Delta-Alkoholikern weitere Informationen zu ihrer Differenzierung zu suchen, im vollen Bewußtsein der Tatsache, daß - wie noch auszuführen sein wird - Aussagen der Kranken, die nicht oder nur schlecht nachprüfbar sind, verschönt oder gefälscht sein könnten, größte Zurückhaltung bei der Beurteilung erfordern.

Betrachtet man zunächst die Gemeinsamkeiten zwischen Gamma- und Delta-Alkoholikern, so verwundert es nicht, daß

1. die meisten Patienten (60%) einen Zusammenhang zwischen ihrer akuten Erkrankung und übermäßiger Alkoholzuzufuhr verneinen.

Diese Erfahrung ist bei vielen Alkoholkranken zu machen, worauf unter anderem anläßlich einer Studie über Polyneuropathien bei Alkoholkranken in einer Dissertation aus dieser Klinik verwiesen wurde (137).

Vielleicht scheint aber bei den Gamma- und Delta-Alkoholikern die Bereitschaft über Alkoholprobleme überhaupt nur ein Gespräch zu führen, besonders gering zu sein, waren doch 42 von 103 Befragten (41 %) auch nach mehrmaliger Aufforderung nicht bereit, ein Gespräch über sich und ihre Alkoholprobleme zu führen. Sie verneinten jeglichen Zusammenhang zwischen ihren Krankheitssymptomen und ihrem Alkoholkonsum. Auch ein Drittel der befragten Patienten hat einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem gesteigerten Alkoholverbrauch und der Erkrankung abgestritten. Des weiteren sind große Widerstände in den Gesprächen aufgefallen, wenn auf die Alkoholanamnese eingegangen

wurde. Zunächst waren viele Antworten negativ oder falsch. So wurden frühere stationäre Behandlungen wegen Alkoholfolgeschäden "vergessen". Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch, daß über zwei Drittel unserer Untersuchten bereits mindestens einmal wegen verschiedener Ursachen in klinischer Behandlung waren, wobei festgestellt werden konnte, daß körperliche Folgeerscheinungen des Mißbrauchs überwiegend die Ursache für den Klinikaufenthalt waren und über ein Drittel der Gamma-Alkoholiker (37 %) bereits eine oder mehrere Entgiftungs- bzw. Entziehungskuren erfolglos hinter sich gebracht hatte, während nur 16 % der Delta-Alkoholiker einmal entgiftet worden sein wollten. Diese Zahlen, basierend auf den oben schon mit Fragezeichen etikettierten Angaben der Untersuchten, können nur mit größter Zurückhaltung bewertet werden.

Bemerkenswert unter den Gemeinsamkeiten scheint, daß

2. Die Schichtzugehörigkeit der Familien beider Gruppen unauffällig ist.

Patienten aus der sozialen Mittelschicht dominieren. Die Väter sind zur Hälfte Facharbeiter und fast zu einem Viertel (23 %) Angestellte. Berufliche und soziale Verbesserungen unserer Patienten, die in etwa den gleichen beruflichen Werdegang wie die Väter durchlaufen haben, finden sich nie. Eher könnte eine Tendenz zum sozialen Abstieg vermutet werden, da der Anteil der ungelernten Arbeiter doppelt so hoch wie bei den Vätern ist.

Ebenso wie in der Schichtzugehörigkeit der Familie ergeben sich

3. keine Unterschiede in der Schul- und Berufsausbildung und der damit erreichten Position im Berufsleben.

Bemerkenswert und in Übereinstimmung mit Studien von Holzgreve, Kielholz, Koritsch und Wieser ist aber, daß nur 11 % der Kranken eine höhere Schulbildung (mittlere Reife, Abitur) absolviert haben und damit unter dem Bevölkerungsdurchschnitt liegen (59, 60, 70, 74, 124, 125). Immerhin haben fast zwei Drittel der Gamma- (63 %) und drei Viertel der Delta-Alkoholiker

(78 %) mit einer abgeschlossenen Volksschulbildung eine Position als Facharbeiter bzw. Angestellter in untergeordneter Position inne.

Der Umstand, daß sich

4. keine Bevorzugung irgendeiner Position in der Geschwisterreihe finden läßt, steht im Gegensatz zur Literaturübersicht von Blane, wonach unter Alkoholikern vorwiegend die jüngsten Kinder einer Familie zu finden sind (23).

Kaum verwunderlich ist auch, daß

5. der Zeitpunkt der ersten Trinkerfahrungen gleich ist.

Wenn bei den Gamma-Alkoholikern das Alter 17 und bei den Delta-Alkoholikern 16 Jahre beträgt, so stimmt dies recht gut mit den Erfahrungen von Dahlgren überein (32). Es dürfte dies ein Alter sein, in dem ganz allgemein Trinkerfahrungen bei beiderlei Geschlecht gemacht werden. So hat schon Wieser betont, daß bei Eintritt in das Erwerbsleben der Alkoholkonsum auf das Doppelte steigt, vor allem bei weniger qualifizierten Arbeitsverhältnissen (125). Neuere Untersuchungen, inwieweit diese Beobachtungen auch für andere Berufsgruppen zutreffen, sind uns nicht bekannt. Als Motiv für den ersten Alkoholgenuß werden von etwa einem Drittel der Kranken Ereignisse in Zusammenhang mit Schule oder Arbeit angegeben. Erst an zweiter Stelle erfolgt die Einführung in den Umgang mit Alkohol im Rahmen der Familie.

Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen Gamma- und Delta-Alkoholikern ist darin zu sehen, daß

6. kein Unterschied hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs des Alkoholmißbrauchs besteht.

Das durchschnittliche Alter zu Beginn des Mißbrauchs beträgt bei den Gamma-Alkoholikern 24 Jahre und bei den Delta-Alkoholikern 26 Jahre. Die Dauer des Abusus bis zur ersten Aufnahme in eine Neurologische Klinik beträgt bei den Gamma-Alkoholikern 14 Jahre und bei den Delta-Alkoholikern 15 Jahre. Auf-

grund der hier beobachteten Kranken kann nicht bestätigt werden, daß wie Abelsohn errechnet hat, signifikante Unterschiede hinsichtlich der Altersstruktur bestehen (1). Wir haben nicht gesehen, daß die Gamma-Alkoholiker mit 27 Jahren im Durchschnitt 12 Jahre eher mit dem Abusus als die Delta-Alkoholiker beginnen und daß die Dauer des Mißbrauchs bis zum Beginn einer Therapie bei den Gamma-Alkoholikern 10 und bei den Delta-Alkoholikern nur 6 Jahre beträgt. Diskrepanzen dieser Art sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf die Heterogenität der beobachteten Kranken zurückzuführen.

Des Weiteren ist

7. der gesteigerte Tabakverbrauch mit durchschnittlich 30 Zigaretten pro Tag bei nur 10 bzw. 19 % (Delta-Alkoholiker) Nichtrauchern nicht ungewöhnlich. Hier scheint ein allgemeines Begleitphänomen des Alkoholabusus vorzuliegen, wie es schon Ashley, Biener und Sieber betont haben (6, 7, 21, 111).

Ein allgemeines Phänomen bei Alkoholkranken ist offenbar auch der Familienstand.

8. Die Zahl der Ledigen und Geschiedenen ist hoch. Während fast ein Drittel (30 % der Gamma- und 29 % der Delta-Alkoholiker) unserer untersuchten Patienten geschieden ist, was durchaus im Einklang mit der Literatur steht (16, 22, 32, 33, 74, 82, 83, 86, 91, 104), finden wir keine so hohen Prozentzahlen über Unverheiratete wie in unserem Krankengut. 40 % der Gamma- und 32 % der Delta-Alkoholiker sind noch ledig. Diese Zahlen sind ein Zeichen der sozialen Isolation der Patienten. Der große Anteil der Ledigen ist ein Maß für das Unvermögen der Alkoholiker, gute Kontakte zur Umwelt bzw. zu einem Partner herzustellen. Die hohe Scheidungsrate zeigt, daß es ihnen dann schlecht gelingt, eine eingegangene Bindung aufrechtzuerhalten. In vielen Fällen ist der Alkoholmißbrauch und die dadurch veränderte Persönlichkeit, die zu einer Verschlechterung der sozialen und finanziellen Situation in der Ehe führen, eine wesentliche Ursache für die Scheidung.

Selbstverständlich ist die Beurteilung von Gemeinsamkeiten wie auch der gleich zu besprechenden Unterschiede zwischen Gamma- und Delta-Alkoholikern häufig mit der Frage verknüpft, inwieweit Störungen und Verhaltensweisen schon vor dem Mißbrauch zumindestens latent bestanden, ob sie diesen gefördert haben oder allein der Abhängigkeit zur Last zu legen sind.

Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen erscheinen bemerkenswerter als die Gemeinsamkeiten.

1. So ist das Durchschnittsalter der Gamma-Alkoholiker mit 37,3 Jahren um 4 Jahre niedriger als das der Delta-Alkoholiker (41,0 Jahre).

Unabhängig davon wird der allgemeine Trend bestätigt, daß immer jüngere Alkoholabhängige bereits erhebliche behandlungsbedürftige Schäden aufweisen, ist doch das Durchschnittsalter aller hier Untersuchten mit 39,2 Jahren recht niedrig. Allerdings erhebt sich auch die Frage, ob nicht angesichts einer allgemein besseren medizinischen Versorgung in einer Wohlstandsgesellschaft Alkoholiker früher erfaßt werden.

Ein gravierender Unterschied zwischen beiden Gruppen ist weiter darin zu sehen, daß sich

2. die Gamma-Alkoholiker in einem fortgeschritteneren Krankheitsstadium befinden.

Sind doch über zwei Drittel (67 %) - im Gegensatz zu 19 % der Delta-Alkoholiker - bereits im chronischen Stadium mit psychischen und physischen Folgeerkrankungen, wie Abbau der intellektuellen Fähigkeiten, Angstzuständen, passageren alkoholischen Psychosen, abnehmender Alkoholtoleranz oder Tremor, z. T. zerebellären Ursprungs, als Hinweis auf einen substantiellen Schaden.

Daß sich die Gamma-Alkoholiker in einem fortgeschritteneren Krankheitsstadium befinden, zeigen auch

3. die Veränderungen der Trinkgewohnheiten während der letzten beiden Jahre vor der Aufnahme.

Etwa die Hälfte der Kranken (47 %) gibt eine Steigerung des Alkoholkonsums, vermutlich aufgrund einer größer gewordenen körperlichen Toleranz, an. Fast ebenso viele (40 %) haben die Trinkmenge reduziert, was durch eine Toleranzminderung hervorgerufen sein dürfte, da sich weder die Trinkfrequenz noch das Trinkverhalten geändert haben. Die Toleranzminderung zeigt die Überforderung des Körpers, weiterhin so große Alkoholmengen zu entgiften. Die toxischen Erscheinungen treten früher auf und erzwingen einen Abbruch des Alkoholkonsums. Dagegen haben 39 % der Delta-Alkoholiker die Dosis nicht erhöht. Sie konnten durch einen geringen Alkoholspiegel eine wachsende körperliche Toleranz vermeiden, während es bei 42 % der Delta-Alkoholiker zu einer Toleranzentwicklung kam, die eine Dosissteigerung notwendig machte.

Ein Unterschied besteht auch insofern, als

4. das aktuelle Trinkverhalten der Gamma-Alkoholiker deutlich von dem der Delta-Alkoholiker abweicht.

Erstere konsumieren täglich 380 ml reinen Alkohol, das 1,5-fache der Delta-Alkoholiker. Sie bevorzugen auch im Gegensatz zu den vorwiegend Bier trinkenden Delta-Alkoholikern hochprozentige Alkoholika.

Die Auswahl der Getränke richtet sich nicht nur nach dem persönlichen Geschmack der Konsumenten, sondern bei den körperlich abhängigen Patienten auch nach der Blutalkoholkonzentration, die benötigt wird, um Entzugssymptome zu unterdrücken. Demzufolge findet sich in der Karriere vieler Alkoholiker in einem gewissen Stadium ein Umsteigen von Bier bzw. Wein auf harte Alkoholika wie Weinbrand, Whisky, Schnaps, Gin, Rum und Likör. Dieser Wechsel zu harten Alkoholika hat subjektiv drei entscheidende Vorteile für den Kranken, die auf den erhöhten

Volumenprozenten an Alkohol in den jeweiligen Getränken beruhen. So enthält 1 l Bier bei durchschnittlich 4 Vol % Alkohol 40 ml reinen Alkohol, 1 l Wein bei durchschnittlich 10 Vol % Alkohol 100 ml reinen Alkohol, 1 l Weinbrand, Obstbranntwein, Gin oder Wodka bei durchschnittlich 40 Vol % Alkohol 400 ml reinen Alkohol, 1 l Whisky bei durchschnittlich 50 Vol % Alkohol 500 ml reinen Alkohol. Der Kranke erreicht die benötigte Blutalkoholkonzentration schneller und unauffälliger, die Kreislaufbelastung nimmt durch die geringere Volumenzufuhr ab.

Die Beobachtung, wonach in beiden Gruppen fast alle Patienten täglich trinken, was ansonsten als für den Delta-Alkoholismus charakteristisch angesehen wird, scheint zunächst alle starren Einteilungen in den Gruppen zu relativieren. Andererseits muß dieser Umstand als Ausdruck der sekundär erworbenen körperlichen Abhängigkeit gedeutet werden, die auch bei den Gamma-Alkoholikern in späten Krankheitsstadien auftritt. So beginnen schon 80 % der Gamma-Alkoholiker morgens zu trinken, was noch nicht einmal bei der Hälfte der Delta-Alkoholiker (48 %) der Fall ist. Die Gamma-Alkoholiker sind überwiegend (87 %) Einzeltrinker, was man als Ausdruck des süchtigen Fehlverhaltens deuten kann. Die Trinkmotive machen das deutlich. Alkohol wird zum Abbau von Spannungen und Frustrationen, zur Linderung der Einsamkeit eingesetzt, also primär in der Absicht getrunken, das seelische Befinden zu beeinflussen. Der Rausch wird nicht mehr passiv hingenommen, sondern erstrebt, um zu vergessen. Die Mehrzahl der betroffenen Gamma-Alkoholiker beschreibt dieses Verhalten bereits als zwanghaft.

Gleichzeitig haben sie sich durch diesen Rückzug aus der Öffentlichkeit weitgehend der sozialen Kontrolle entzogen. Ihr Trinkverhalten wird nicht mehr kontrolliert, und nur so ist es möglich, daß sie erst in späten Krankheitsstadien auffällig werden.

Bemerkenswerterweise trinkt auch die Hälfte der Delta-Alkoholiker schon isoliert. Auch diese Patienten entziehen sich da-

mit jeder äußeren Kontrolle, wobei sich die beiden Gruppen in ihrem Verhalten wieder zu nähern scheinen.

Auffallend ist auch, daß 30 % der Gamma- und 48 % der Delta-Alkoholiker einen großen Teil ihres täglichen Alkoholbedarfs während der Arbeit zu sich nehmen. Dies sind bei den Delta-Alkoholikern die Bauarbeiter, während eine besondere Berufsgruppe bei den Gamma-Alkoholikern nicht hervorsticht. Dies ist Ausdruck der körperlichen Abhängigkeit, die die Beschäftigten zwingt, negative Sanktionen des Arbeitgebers in Kauf zu nehmen. Sie benötigen den Alkohol, um Entzugsserscheinungen zu verhindern, die ihrerseits eine Fortsetzung der Arbeit unmöglich machen würden.

Ein weiterer Unterschied zeigt sich in der offenbar persönlichkeitsgebundenen Neigung zum Mißbrauch von Mitteln der Drogengruppe Nr. 1 (WHO). Es wird nämlich

5. gleichzeitig ein Medikamentenmißbrauch von mindestens einem Viertel der Gamma- und 10 % der Delta-Alkoholiker betrieben. Schlaf- und Schmerzmittel stehen, wie dies auch aus der Literatur bekannt ist, an erster Stelle (7, 21, 35, 90, 100, 111, 112). Jüngere Gamma-Alkoholiker (10 % der Gamma-Alkoholiker) benutzen auch harte Drogen. Alkohol dient ihnen als Hilfe zum Aussteigen aus der Drogenszene, als leichter zu beschaffendes und billigeres Rauschmittel.

Ein immer wieder auffallender Unterschied ist auch daran zu erkennen, daß

6. die Gamma-Alkoholiker eine größere Tendenz zur sozialen Abhängigkeit zeigen.

Über ein Viertel von ihnen (27 %), doppelt so viele wie Delta-Alkoholiker, lebt bei den Eltern und läßt sich von diesen versorgen. Es sind nicht nur die jüngeren Patienten, die zu Hause leben, sondern auch Patienten im Alter von 37 bzw. 43 Jahren. Sie haben sich nicht von ihrer Kinderrolle und ihren Eltern gelöst. Sie bleiben als Erwachsene in dieser Rolle mit

dem Vorteil der gesicherten Versorgung aber auch allen Nachteilen der Abhängigkeit und Kontrolle, die für die Jugend die Gründe zur Lösung vom Elternhaus sind. Diese Art der Unterkunft kann aber auch bei einigen Patienten allein durch die finanziellen Schwierigkeiten, in die sie aufgrund ihres Alkoholmißbrauchs geraten sind, bedingt sein.

Trotz der letztgenannten Tatsache bieten die Gamma-Alkoholiker 7. die ausgeprägteren Störungen in ihren Verhältnissen zu den primären und sekundären Bezugsgruppen.

Sie sind einsam, 80 % von ihnen haben keine Vertrauensperson, während immerhin fast die Hälfte der Delta-Alkoholiker (42 %) eine solche angeben. 27 % der Gamma-Alkoholiker haben im Gegensatz zu 16 % der Delta-Alkoholiker auch alle Kontakte zu ihrer Familie abgebrochen. Diese Störungen in den Beziehungen im primären Bezugspersonenkreis sind von Feuerlein, Sieber und Wiesner als typisch für Alkoholiker beschrieben worden (40, 43, 111, 124, 125). Inwieweit diese Aussage auf alle Alkoholkranken zutrifft, bleibt angesichts unserer Beobachtung zu diskutieren.

Über ein Drittel der Gamma-Alkoholiker (37 %) lebt völlig zurückgezogen ohne Kontakt zu den Personen der Umgebung, sie haben keinerlei Bekannte, was nur für ein Viertel der Delta-Alkoholiker (26 %) zutrifft.

Gute Beziehungen innerhalb der primären Bezugsgruppen erfordern großen Einsatz und Energie. Dies bringt mit sich, daß sie - obwohl sie Schutz und Stabilität bieten - eher gestört oder abgebrochen werden als lockere Beziehungen zu Bekannten. Störungen in den Beziehungen der primären Bezugsgruppen werden als bedrohend erlebt und mit massiven Reaktionen, z. B. exzessivem Trinken beantwortet. Dieses Verhalten vergrößert die Isolation, was wiederum zu einer Steigerung des Alkoholkonsums führt.

Nach diesen Beobachtungen verwundert es nicht, daß

8. die berufliche Stabilität der Gamma-Alkoholiker geringer ist.

Sie haben im Durchschnitt achtmal den Arbeitsplatz gewechselt. Allein dieser häufige Stellenwechsel ist ein Indikator für die Abnahme der Leistungsfähigkeit, wie auch der Leistungswilligkeit, vor allem, wenn man die Ursachen für die Kündigungen berücksichtigt. Sie lagen zum einen in fristlosen Kündigungen durch die Arbeitgeber wegen mangelnder Leistung oder zu häufigen Fehlzeiten, zum anderen in einer freiwilligen Aufgabe der Stellen durch die Gamma-Alkoholiker, die sich den Anforderungen dieser Arbeitsplätze nicht länger aussetzen wollten.

Des weiteren konnten nur 27 % der Gamma-Alkoholiker im Gegensatz zu 58 % der Delta-Alkoholiker ihre berufliche Position halten. Alle anderen haben einen beruflichen Abstieg vollzogen, was Studien von Feuerlein, Holzgreve und Wieser bestätigt (40, 59, 60, 124, 125). 40 % der Gamma-Alkoholiker im Gegensatz zu 23 % der Delta-Alkoholiker sind zum Zeitpunkt der stationären Behandlung arbeitslos, wobei zu berücksichtigen ist, daß zum Zeitpunkt dieser Erhebung die Arbeitslosenrate in Nordrhein-Westfalen bei ca. 6,4 % liegt (138).

Unterschiede bietet auch

9. das Beschäftigungsfeld.

Die Verteilung der Gamma-Alkoholiker ist über die Berufsgruppen der Facharbeiter, kleinen Angestellten und Ungelernten breit gestreut, während 48 % der Delta-Alkoholiker im Baugewerbe arbeiten.

Hier arbeitet im Übrigen ein Drittel aller befragten Kranken. Für das Baugewerbe treffen viele Faktoren zu, die in der Literatur, zusammengefaßt von Cosper und Plant (28, 96), als Ursachen hoher Alkoholismusraten in bestimmten Berufen genannt werden. Das Wissen um die leichte Verfügbarkeit des Alkohols und um die geringe Überwachung bei der Arbeit führen gehäuft zur Einstellung von Personen, die zu starkem Trinken prädis-

poniert sind. Durch das breite Angebot an einfachen Tätigkeiten dient das Baugewerbe auch als Auffangbecken für Personen mit primär geringer Ausbildung oder für jene, die einen beruflichen Abstieg vollziehen. Alkoholmißbrauch während der Arbeit wird gefördert durch

- den sozialen Druck der Kollegen bei der Arbeit zu trinken,
- die Trennung von normalen sozialen und sexuellen Beziehungen, z. B. bei der Beschäftigung auf Montage,
- geringes Ansehen in der Gesellschaft, wodurch Alkohol zur Ersatzbefriedigung wird.

Die Gamma-Alkoholiker stellen offenbar eine Sondergruppe insofern dar, als

10. familiäre Belastungen und Störungen gehäuft auftreten.

Hier bestätigen unsere Ergebnisse die Studien von Stein und Walton (113, 123).

77 % der Gamma-Alkoholiker hatten eine gestörte Kindheit im Gegensatz zu 58 % der Delta-Alkoholiker.

Je 30 % wuchsen in einer unvollständigen Familie auf oder wurden außerhalb der Familie erzogen. Interfamiliäre Störungen waren bei 60 % der Familien der Gamma-Alkoholiker aber nur bei 23 % der Delta-Alkoholiker vorhanden. 23 % der Gamma-Alkoholiker bezeichneten spontan die elterliche Ehe als so zerrüttet, daß sie eigentlich hätte geschieden werden müssen. Dergleichen war nur bei 6 % der Delta-Alkoholiker der Fall.

Parallel zu dieser Beobachtung besteht ein weiterer Unterschied darin, daß

11. die Familien der Gamma-Alkoholiker eine stärkere familiäre Belastung durch Alkoholismus aufweisen.

37 % der Gamma-Alkoholiker gegenüber 16 % der Delta-Alkoholiker bezeichnen einen Elternteil, in der Regel den Vater, als alkoholkrank. Der Prozentsatz der alkoholabhängigen Geschwister ist in beiden Gruppen etwa der gleiche (13 % bei den Gamma- und 10 % bei den Delta-Alkoholikern), während unter den Onkeln und Tanten noch bei 17 % der Gamma-Alkoholiker ge-

genüber 6 % der Delta-Alkoholiker Alkoholkranke sind. Bei diesen Angaben muß man berücksichtigen, daß es sich hier nicht um objektive Daten handelt, sondern daß diese auf der Schilderung der Patienten über den Alkoholkonsum der Familienmitglieder und den zum Teil massiven Störungen im Familienleben beruhen, deren Ursachen offensichtlich auch in dem übermäßigen Alkoholkonsum begründet sind. Hinzu kommt, daß bei Aussagen gegenüber Außenstehenden das süchtige Fehlverhalten von Familienmitgliedern eher abgeschwächt dargestellt oder verschwiegen wird. Aus diesen Gründen kann man annehmen, daß die Zahl der Alkoholiker in der Familie eher zu niedrig als zu hoch angegeben ist. Insgesamt weisen beide Patientengruppen eine Häufung Alkoholkranker in ihren Familien auf, wie dies Cotton und Goodwin bereits beschrieben haben (29, 47).

Daß solche Verhältnisse psychosoziale Konflikte, Destabilisierung und Desintegration bedingen, liegt auf der Hand. Die interfamiliäre Kommunikation ist gestört, affektive Beziehungen sind belastet, der Alkoholkranke wird isoliert, seine Kinder zusätzlich beeinträchtigt und verunsichert.

Es ist nicht verwunderlich, daß - was für alle Alkoholkranken, nicht nur für einzelne Gruppen zuzutreffen scheint - Alkoholkranken häufig auch alkoholabhängige Ehefrauen haben. In dieser Studie ist dies bei jedem 6. Kranken der Fall. Nicht selten trifft der Trinker in seinem Freundeskreis wieder Alkoholabhängige und wählt sich aus diesem Kreis seine Partnerin. Allerdings könnte die Ursache auch darin liegen, daß häufiger psychisch geschädigte oder süchtige Frauen die Ehe mit einem Alkoholkranken eingehen.

Die größere psychische Gefährdung der Gamma-Alkoholiker zeigt sich am deutlichsten darin, daß

12. bereits über ein Viertel (27 %) der Gamma-Alkoholiker einen Selbstmordversuch unternommen hat, im Gegensatz zu nur 3 % der Delta-Alkoholiker.

Trotz der oben aufgezeigten Familienbelastung gibt es in Bezug auf Suizide und Suizidversuche keine familiäre Häufung.

Die starke psychische Gefährdung dieser Krankengruppe deutete sich auch darin an, daß für den ersten Griff zum Alkohol bei 17 % der Gamma-Alkoholiker privater Kummer von Bedeutung war. Desweiteren liegt die Zeitspanne zwischen den ersten Trinkereinfahrungen und dem ersten Rausch bei drei Viertel der Gamma-Alkoholiker und nur bei 35 % der Delta-Alkoholiker unter einem Jahr. Die Gamma-Alkoholiker weisen auch eine um 3 Jahre kürzere (7 Jahre im Gegensatz zu 10 Jahren) Dauer des gesellschaftskonformen Alkoholgenusses bis zum Beginn des Alkoholmißbrauchs auf.

Die große Anzahl der Gamma-Alkoholiker, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben, stützt die These vom Alkoholismus als Selbstmord auf Raten. Dies trifft vor allem für die süchtigen Gamma-Alkoholiker zu, die ohne Alkohol nur noch unbefriedigend auf ihre Umwelt reagieren können. Dies gilt nicht so sehr für die vor allem körperlich abhängigen Delta-Alkoholiker, die noch in einem viel größeren Maße angepaßt sind und damit von der Gesellschaft akzeptiert und toleriert werden.

Wie nach den bislang aufgezeigten Unterschieden zu erwarten, gibt es erhebliche Differenzen

13. in den Selbstdarstellungen der Persönlichkeiten im Gießen
Test.

Die Gamma-Alkoholiker weichen deutlich von den Darstellungen des Standardkollektivs ab, während sich die Delta-Alkoholiker ähnlich wie das Normalkollektiv erleben.

Die jüngeren Gamma-Alkoholiker bezeichnen sich selbst als unbeliebt, unattraktiv, mißachtet von der Umwelt, worauf mit Mißtrauen und Abstand dem Nächsten gegenüber reagiert wird. Das gleiche gilt auch für die älteren Gamma-Alkoholiker, wenn auch nicht so ausgeprägt. Auch diese sind aggressiver, impulsiver, haben eine geringere Selbstkontrolle bei deutlich depressiv gefärbter Stimmungslage. Ichaggressionen können vermutet werden. Die älteren Gamma-Alkoholiker erleben die so-

ziale Isolation deutlicher. Sie bezeichnen sich als unfähig zu engeren Bindungen, auch wenn sie eine größere Anpassungswilligkeit und Fügsamkeit aufweisen als die jüngeren Gamma-Alkoholiker. Dies führt aber nicht zu einem Freundeskreis oder stabilen Dauerbeziehungen.

Ganz unauffällig stellen sich auch die Delta-Alkoholiker nicht dar. Sie sind weniger ängstlich und depressiv, auch wenn sie Schuldgefühle und Unzufriedenheit gegenüber sich selbst und ihrer Umwelt zeigen. Diese gründen in inneren, unbewältigten Konflikten, die zum Alkoholmißbrauch führen, woraus wieder als verhängnisvoller Kreis neue Konflikte, Schuldgefühle und Vorwürfe seitens der Umgebung produziert werden.

Überblickt man Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Gamma- und Delta-Alkoholikern, so scheinen die Unterschiede gravierender zu sein.

Die Gemeinsamkeiten finden sich in den allgemeinen sozialen Daten. Die Schichtzugehörigkeit, die Stellung in der Geschwisterreihe, der schulische und berufliche Werdegang unterscheiden sich nicht, ebenso wenig der zeitliche Ablauf des Kennenlernens und Mißbrauchs des Alkohols, wenngleich hier schon erste Hinweise auf eine stärkere Gefährdung der zukünftigen Gamma-Alkoholiker zu finden sind. Privater Kummer war bei mehreren schon der Anlaß, zum ersten Mal Alkohol zu sich zu nehmen, der zeitliche Abstand zwischen den ersten Trinkerfahrungen und dem ersten Rausch bzw. dem Beginn des Alkoholmißbrauchs war kürzer.

Die Unterschiede zeigen sich im vorliegenden Krankheitsstadium und den durch die Sucht mitverursachten Schäden. Die Gamma-Alkoholiker haben in einem jüngeren Alter ein fortgeschrittenes Krankheitsstadium erreicht. Sie weisen größere psychische wie auch soziale Schäden auf.

Ursachen der stärkeren Gefährdung durch den Alkohol werden sichtbar. Sie liegen im stark gestörten familiären Umfeld in der Kindheit, das auch durch einen außerordentlich hohen Anteil alkoholabhängiger Eltern gekennzeichnet ist, wie auch in

der dadurch beeinträchtigten Persönlichkeitsentwicklung. Die Beobachtungen unserer in diesem Umfang noch nicht durchgeführten und die Literatur ergänzenden Studie lassen somit folgenden Schluß zu: Art und Ausprägung der Alkoholkrankheit werden weniger von den äußeren Lebensumständen als vielmehr von den interfamiliären Bedingungen in der Kindheit beeinflusst.

6. Zusammenfassung

Von 103 Männern, die in der Zeit vom 1.10.1980 bis zum 30.9.1981 in der Neurologischen Klinik des St.Josef-Hospitals wegen eines drohenden oder bereits eingetretenen Alkoholdelirs behandelt werden mußten, waren nur 61 (59 %) zu einem Gespräch bereit.

Sie können je zur Hälfte in den Kreis der Gamma-Alkoholiker und den der Delta-Alkoholiker eingeordnet werden.

Gemeinsamkeiten finden sich in den allgemeinen sozialen Daten. Die Schichtzugehörigkeit, die Stellung in der Geschwisterreihe - ohne Bevorzugung einer Position -, der schulische und berufliche Werdegang unterscheiden sich nicht.

Das gleiche gilt für den Zeitpunkt der ersten Trinkerfahrungen, das Alter zu Beginn und die Dauer des Alkoholmißbrauchs.

Ledige und geschiedene Kranke sind überdurchschnittlich häufig in beiden Gruppen zu finden.

Unterschiede zeigen sich im Durchschnittsalter, das bei den Gamma-Alkoholikern fast 4 Jahre (37,3 gegenüber 41,0 Jahre) unter dem der Delta-Alkoholiker liegt.

Die Gamma-Alkoholiker befinden sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit. 40 % weisen eine Abnahme der Alkoholtoleranz auf.

Sie nehmen mit 380 ml reinen Alkohol täglich das 1,5fache der Menge der Delta-Alkoholiker zu sich, wobei sie konzentrierte Getränke bevorzugen. Die Delta-Alkoholiker dagegen zählen zu den Biertrinkern.

Während noch die Hälfte der Delta-Alkoholiker zu den sog. Gesellschaftstrinkern zu rechnen ist, trinken 87 % der Gamma-Alkoholiker isoliert, mit dem Ziel, ihr seelisches Befinden zu bessern. In der gleichen Absicht betreibt ein Viertel der Gamma-Alkoholiker gleichzeitig Drogenmißbrauch.

Störungen in den Beziehungen zu den Mitmenschen sind bei den

Gamma-Alkoholikern noch häufiger als bei den Delta-Alkoholikern. Beide Gruppen haben wenig Bekannte und Vertrauenspersonen.

Die berufliche Stabilität der Gamma-Alkoholiker ist geringer. Ihre Arbeitslosenrate ist mit 40 % fast doppelt so hoch wie die der Delta-Alkoholiker.

In der Selbstdarstellung im Gießener Persönlichkeitsinventar weichen die Gamma-Alkoholiker im Gegensatz zu den Delta-Alkoholikern, die nur durch eine depressive Grundstimmung auffallen, deutlich von den Angaben des Normalkollektivs ab.

7. Literaturverzeichnis

- 1) ABELSOHN, D.S.; VAN DER SPUIY, H.I.: The age variable in alcoholism. J Stud Alcohol 39 (5), 800 ff., 1978
- 2) ALONSO-FERNANDEZ, D.F.: Aspects actuels de l'alcoolisme en Espagne. Ann Med Psychol 138 (1), 74 ff., 1980
- 3) AMARK, C.A.: Study in alcoholism: clinical, social-psychiatric and genetic investigations. Acta Psychiatr Scand (Suppl) No. 70, 1951
- 4) ANTONS, K.: Zur Frage des Abbaus der Persönlichkeit bei chronischem Alkoholabusus. Inaug Diss Freiburg 1970, S. 131 ff.
- 5) ANTONS, K.; SCHULZ, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung. Zum sozial-integrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. Hogrefe Verlag, Göttingen 1976 Bd I und 1977 Bd II
- 6) ASHLEY, M.J.; LE RICHE, W.H.: 'Mixed' (Drug abusing) and 'Pure' alcoholics; a socio-medical comparison. Br J Addict 73 (1), 19 ff., 1978
- 7) ASHLEY, M.J.; OLIN, J.S.: Morbidity patterns in hazardous drinkers: relevance of demographic, sociologic, drinking and drug use characteristics. Int J Addict 16 (4), 593 ff., 1981
- 8) ATHEN, D.; SCHUSTER, E.: Alkoholismus-Report: Alkohol-Gebrauch, -Mißbrauch, -Krankheit. Hrsg: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2. Aufl., 1979, S. 24 ff.
- 9) BACON, D.: Sociology and the problems of alcohol. Foundations für a Sociological Study of Drinking Behavior New Haven 1946
- 10) BAIER, P.; HARTMANN, L.; WIESER, S.: Über die Entwicklung des Alkoholismus nach dem Krieg und seinen jetzigen Stand im Saarland. Ann Univ Sarav Med 6, 137 ff., 1958
- 11) A BALES, R.F.: Attitudes toward drinking in the Irish culture Society, Culture and Drinking Patterns. Hrsg. von Pittman, D.J.; Snyder, C.R. Wiley, New York 1962, S. 157ff.
- 12) BARRETT, T.M.: Chronic alcoholism in veterans. J Stud Alcohol 1, 68 ff., 1943

- 13) BAYERISCHES MINISTERIUM DES INNEREN: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. München 1978, S. 32 ff.
- 14) BECKMANN, D.: Das Gießener Persönlichkeitsinventar. Habilitationsschrift, Universität Gießen, 1969, S. 10 ff.
- 15) BECKMANN, D.; RICHTER, H.E.: Gießen-Test, Handbuch. Verlag: Hans Huber: Bern, Stuttgart, Wien, 2. Aufl. 1975, S. 5 ff.
- 16) BELL, R.A.; WAHRHEIT, G.J.: An analytic comparison of persons arrested for driving while intoxicated and alcohol detoxification patients. Alcoholism (NY) 2 (3), 241 ff., 1978
- 17) BEITRÄGE zur Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen Heft 468, Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit in Nordrhein-Westfalen 1981, Ergebnisse des Mikrozensus. Hrsg: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 1982, S. 13 ff.
- 18) BERGER, H.: Immer mehr jugendliche Alkoholiker, Med Klin 75 (26), 896 ff., 1980
- 19) BERICHT über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200, 270 ff., 1975
- 20) BIENER, K.; LANG, W.: Berufsspezifischer Alkoholkonsum (Trinkgewohnheiten in der Schweiz - Ergebnisse einer Studie). Ärztl Prax 29, 4089 ff., 1976
- 21) BIENER, K.: 10 Jahre präventivmedizinische Studien zum Alkoholproblem. Ther Ggw 117 (10), 1544 ff., 1979
- 22) BISCHOF, H.L.: Zur Pathogenese des Alkoholdelirs. Nervenarzt 40 (7), 318 ff., 1969
- 23) BLANE, H.T.; BARRY, H.: III Birth order and alcoholism; a review. J Stud Alcohol 34, 837 ff., 1973
- 24) BLEULER, M.: Familial and personal background of chronic alcoholics. In: Etiology of chronic alcoholism. Hrsg.: Diethelm, O.; Thomas, Springfield III, 1955, S. 110 ff.
- 25) BLEULER, M.: A comparative study of the constitutions of Swiss and American alcoholic patients. In: Etiology of chronic alcoholism. Hrsg.: Diethelm, O.; Thomas, Springfield III, 1955, S. 167 ff.

- 26) BRUN-GULBRANDSEN, S.; IRGENS-JENSEN, O.: Abuse of alcohol amongst seamen. Br J Addict 62, 19 ff., 1967
- 27) CARNEY, M.W.P.: Alcoholic hallucinosis among servicemen in Cyprus. J R Army Med Corps 109, 164 ff., 1963
- 28) COSPER, R.: Drinking as conformity; a critique of sociological literature on occupational differences in drinking. J Stud Alcohol 40 (9), 868 ff., 1979
- 29) COTTON, N.W.: The familial incidence of alcoholism: A review. J Stud Alcohol 40 (1), 89 ff., 1979
- 30) CRAMER, M.J.; BLACKER, E.: "Early" and "Late" problem drinkers among female prisoners. J Health Soc Behav 4, 282 ff., 1963
- 31) DAHL, S.: Erfahrungen mit chronischen Alkoholikern in Schweden und Dänemark. Psychiatr Neurol Med Psychol 19 (10), 31 ff., 1967
- 32) DAHLGREN, L.: Female alcoholics. III. Development and pattern of problem drinking. Acta Psychiatr Scand 57 (4), 325 ff., 1978
- 33) DAHLGREN, L.; IDESTROEM, C.M.: Female Alcoholics. V. Morbidity. Acta Psychiatr Scand 60 (2) 199 ff., 1979
- 34) DAVIES, D.L.: Normal drinking in recovered alcohol addicts. J Stud Alcohol 23, 94 ff., 1962
- 35) DIEBEL, A.: Die Alkoholkranken der Universitäts-Nervenklinik Marburg an der Lahn in den Jahren 1970 - 1977. Inaug Diss Marburg an der Lahn, 1981, S. 58 ff.
- 36) DIETRICH, H.; HERLE, L.: Über Alter, Sozialschicht, Mobilität und Wohnort chronischer Alkoholiker. Köln Z Soziol Sozialpsychol 15, 277 ff., 1963
- 37) EBERHARDT, G.: Alkoholkonsum und Beruf. Ein Beitrag zum Trinkverhalten von Arbeitnehmern in Westfalen. Med Sachverständ 73, 8 ff., 1977
- 38) EFRON, V.; KELLER, M.: Selected statistical tables on the consumption of alcohol 1850 - 1962 and on alcoholism 1930 - 1960. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, N. J. 1963
- 39) FEUERLEIN, W.: Der Alkoholismus in sozialpsychiatrischer Sicht. Med Klin 62, 922 ff., 1967

- 40) FEUERLEIN, W.: Sozialpsychiatrische Aspekte des Alkoholismus. Med Sachverständ 65, 58 ff., 1969
- 41) FEUERLEIN, W.; KUNSTMANN, G.: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Soziale Medizin und Hygiene. MMW 115, 1991 ff., 1973
- 42) FEUERLEIN, W.; KÜFNER, H.: Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden, eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Arch Psychiatr Nervenkr 224, 89 ff., 1977
- 43) FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen, 2. überarb. Aufl., Georg Thieme Verlag Stuttgart 1979, S. 64
- 44) FIALKOV, M.J.: Alcoholics and the emergency ward. Part I. Clinical characteristics. S Afr J Med Sci 52 (15), 613 ff., 1977
- 45) FRANK, H.; HEIL, W.; LEADOLTER, I.: The liver and beer consumption. MMW 109, 892 ff., 1967
- 46) GLATT, M.M.: Public Health Implications of the Erroll and Clayson Licensing Reports. Br J Addict (69), 105 ff., 1974
- 47) GOODWIN, D.W.: Is alcoholism hereditary? A review and critique. Arch Gen Psychiatry 25, 545 ff., 1971
- 48) GUNDEL, K.: Vergleich der Soziogenese des weiblichen und männlichen Alkoholismus anhand einer Sekundär-Analyse klinischer Daten Inaug Diss München 1972
- 49) GUALNICK, L.: Mortality by occupation and industry among men 20 to 64 years of age. United States Vital Statistics, Special Reports Vol. 53, No 2, 1962, S. 49 ff.
- 50) HARRINGTON, L.G.; PRICE, A.C.: Alcoholism in a geriatric setting. J Am Geriatr Soc 10, 197 ff., 1962
- 51) HASSALL, C.: A controlled study of the characteristics of young male alcoholics. Br J Addict 63, 193 ff., 1968
- 52) HEATH, R.G.: Group psychotherapy of alcohol addiction. J Stud Alcohol 5, 555 ff., 1945
- 53) HEINROTH, H.: Psychohygienische und soziologische Probleme bei Alkoholikern. Z Gesamte Hyg 23 (8), 592 ff., 1977
- 54) HERMANN, J.: Frankreichs chronische Krankheit: Alkoholismus. Ther Ggw 119 (10), 1212 ff., 1980

- 55) HILLEN, M.: Ambulante Behandlung Alkoholkranker. Der niedergelassene Arzt, 30 ff., 1978
- 56) HOFF, H.: Der akute und chronische Alkoholismus. Med Klin 49, 1425 ff., 1954
- 57) HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Schwabe-Verlag, Basel - Stuttgart 1956
- 58) HOFFMANN, H.; NOEM, A.A.: Alcoholism among parents of male and female alcoholics. Psychol Rep 36, 322 ff., 1975
- 59) HOLZGREVE, W.: Stationäre Behandlung Suchtkranker 1971 Ärztl Prax 24, 922 ff., 1967
- 60) HOLZGREVE, W.: Frauenalkoholismus und seine Ursachen, Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren 15, 1970
- 61) HOLZGREVE, W.: Sucht und Hilfe. Herausgegeben anlässlich des 25jährigen Bestehens der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren und des 50jährigen Gedenkens als Nachfolgerin der Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus, Hamm 1972
- 62) HORTON, D.: The function of alcohol in primitive societies, a cross-cultural study. J Stud Alcohol 4, 199 ff., 1943/44
- 63) INFRATEST: Drogen, Alkohol, Nikotin. Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern. Wiederholung 1976
- 64) JASINSKY, M.: Alkoholismus im Schulalter. Fortschr Med 93, 1511 ff., 1975
- 65) J.I.F.: Alcoholism: an occupational disease of seamen. J Stud Alcohol 8, 498 ff., 1947
- 66) JELLINEK, E.M.: in World Health Organisation: Mental Health. Techn. Rep. Ser. Nr. 48 WHO, Genf 1952, S. 26 ff.
- 67) JELLINEK, E.M.: Alcoholism, a genus and some of its species. Can Med Assoc J 83, 1341 ff., 1960
- 68) JELLINEK, E.M.: The Disease Concept of Alcoholism. Highland Park. Hillhouse Press, New York 1960, S. 35 ff..
- 69) KELLER, M.: On the Loss-of-control phenomenon in alcoholism. Br J Addict 67, 153 ff., 1972
- 70) KIELHOLZ, P.; BATTEGAY, R.: Vergleichende Untersuchungen über die Genese und den Verlauf der Drogenabhängigkeit und des Alkoholismus. Schweiz Med Wochenschr 97 (28), 893 ff., 1967

- 71) KILICH, S.; PLANT, M.A.: Regional variations in the levels of alcoholrelated problems in Britain. Br J Addict 76 (1), 47 ff., 1981
- 72) KÖSTER, H.; MATAKAS, F.; SCHEUCH, E.K.: "Alkoholismus als Karriere". Inst. f. angewandte Sozialforschung d. Universität zu Köln, Rhein. Landesklinik, Düren 1978
- 73) KORCZAK, D.; PFEFFERKORN, G.: Psychosocial factors influencing alcohol problems in West German survey samples. Drug Alcohol Depend 7 (3), 295 ff., 1981
- 74) KORITSCH, H.D.: Patienten einer Alkoholkrankenstation im Psychiatrischen Krankenhaus - Analyse eines Jahresdurchgangs. Z Ärztl Fortbild 76 (9), 392 ff., 1982
- 75) LANGEN, D.: Chronischer Alkoholabusus. Wiss Veroeff Dtsch Ges Ernaehr 17, 88 ff., 1970
- 76) LEMERE, F.: Eine soziologische Analyse von 7828 wegen Alkoholismus behandelten Patienten. J Nerv Dis 123, 281 ff., 1956
- 77) LEVY, R.J.: The psychodynamic functions of alcohol. J Stud Alcohol 19, 649 ff., 1959
- 78) DE LINT, J.; SCHMIDT, W.: Consumption Averages and Alcoholism Prevalence: A brief Review of Epidemiological Investigations. Br J Addict 66, 97 ff., 1971
- 79) DE LINT, J.: Current Trends in the Prevalence of excessive Alcohol Use and Alcohol-related Health Damage. Br J Addict 70, 93 ff., 1975
- 80) MALZBERG, B.: A study of first admissions with alcoholic psychosis in New York State. J Stud Alcohol 8, 274 ff., 1944
- 81) MALZBERG, B.: First admissions with alcoholic psychosis in New York State, year ended March 31, 1948. With a note on first admissions without psychosis. J Stud Alcohol 10, 461 ff., 1949
- 82) MULFORD, H.A.: Women and men problem drinkers. Sex differences in patients served by Iowa's community alcoholism centers. J Stud Alcohol 38 (9), 1624 ff., 1977
- 83) MUSCHAWEK, P.R.: Zum Problem des Alkoholismus stationär aufgenommenen Alkoholkranker in Schleswig-Holstein. Inaug Diss Kiel, 1977, S. 35 ff.

- 84) OFFICE of Population Censuses and Surveys, 1970 - 1972, Occupational mortality. Decennial Supplement, Government Statistical Office, Series DS No. 1, London, H.M.S.O. 1978, S. 145 ff.
- 85) ÖJESJÖ, L.: Long-term outcome in alcohol abuse, alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. Br J Addict 76 (4), 391 ff., 1981
- 86) PAOLINO, T.J.; MC CRADY, B.S.; DIAMOND, S.: Statistics on alcoholic marriages. Int J Addict 13 (8), 1285 ff., 1978
- 87) PARK, P.; WHITEHEAD, P.C.: Developmental sequence and dimensions of alcoholism. J Stud Alcohol 34, 887 ff., 1973
- 88) PATON, A.; POTTER, J.F.; SAUNDERS, J.B.: ABC of alcohol. Nature of the problem. Br Med J 283 (6302), 1318 ff., 1981
- 89) PATTISON, E.M.; SOBELL, M.B.; SOBELL, L.C.: Emerging Concepts of Alcohol Dependence. Springer Verlag, New York, 1977, S. 369 ff.
- 90) PEILER, W.: Die Alkoholkranken der Universitäts-Nervenklinik Marburg/Lahn in den Jahren 1950 - 1970. Inaug Diss Marburg 1974
- 91) PENICK, E.C.; READ, M.R.; CROWLEY, P.A.; POWELL, B.J.: Differentiation of alcoholics by family history. J Stud Alcohol 39 (11), 1944 ff., 1978
- 92) PITTMAN, D.J.: Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nicht pathologischen Ursprungs. Eine internationale Übersicht. In: Alkohol und Alkoholismus. Hrsg.: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, anl. des 27. int. Kongresses in Frankfurt/Main. Hamm 1964, S. 5 ff.
- 93) PITTMAN, D.J.: Trans-cultural Aspects of Drinking and Drug Use. 16th Internat. Institute of the Prevention and Treatment of Alcoholism. 1. - 6. Juni 1970 in Lausanne Int. Council on Alcohol and Addictions
- 94) PLANT, M.A.: Alcoholism and occupation: a review. Br J Addict 72 (4), 309 ff., 1977
- 95) PLANT, M.A.: Occupation and alcoholism: cause or effect? A controlled study of recruits to the drink trade. Int J Addict 13 (4), 605 ff., 1978

- 96) PLANT, M.A.: Drinking careers. *Occup Health* 31 (4), 184 ff., 1979
- 97) POWDERMAKER, F.: Review of cases at merchant marine rest centres. *Am J Psychiatry* 10, 650 ff., 1944
- 98) RATHOD, N.H.; THOMSON, I.G.: Women alcoholics, a clinical study. *J Stud Alcohol* 32, 45 ff., 1971
- 99) REGISTRAR General's Decennial Supplement: England and Wales 1971 Occupational Mortality Tables, H.M.S.O.
- 100) RIEMENSCHNEIDER, H.: Alkoholkrankheit bei Frauen. Neu-land-Verlagsgesellschaft m.b.H. Hamburg 1973
- 101) ROSE, H.K.; GLATT, M.M.: A study of alcoholism as an occupational hazard of merchant seamen. *J Ment Sci* 107, 18 ff., 1961
- 102) ROSENBAUM, B.: Married women alcoholics at the Washington hospital. *J Stud Alcohol* 19, 79 ff., 1958
- 103) ROSENBERG, C.M.: Young alcoholics, *Br J Psychiat* 115, 181 ff., 1969
- 104) ROZYNKO, V.; FERGUSON, L.C.: Admission characteristics of indian and white alcoholic patients in a rural mental hospital. *Int J Addict* 13 (4), 591 ff., 1978
- 105) RUSHING, W.A.: Alcoholism and suicide rates by status set and occupation. *J Stud Alcohol* 29, 399 ff., 1968
- 106) RYBACK, R.S.: Psychological aspects of alcohol and alcoholism. *Mass J Ment Hlth* 5 (1), 19 ff., 1974
- 107) SCHMIDT, L.: Therapie Alkoholkranker in der ärztlichen Praxis. *Rehabilitation* 23, 1970
- 108) SCHMIDT, L.: Der Alkoholismus als soziales und sozialhygienisches Problem. *Z f A* 53 (26), 1512 ff., 1977
- 109) SCHMIDI, W.; DE LINI, J.: Causes of death of alcoholics. *J Stud Alcohol* 33, 171 ff., 1972
- 110) SCHUCKIT, M.A.; RIMMER, J.; WINOKUR, G.: Alcoholism: the influence of parental illness. *Br J Psychiatry* 119, 663 ff., 1971
- 111) SIEBER, M.F.: Social background, attitudes and personality in a three-year follow-up study of alcohol consumers. *Drug Alcohol Depend* 4 (5), 407 ff., 1979

- 112) STABENAU, J.R.; HESSELBROCK, V.: Assortative mating, family pedigree and alcoholism. Subst Alcohol Actions Misuse 1 (4), 375 ff., 1980
- 113) STEIN, L.I.; NILES, D.; LUDWIG, A.M.: The loss of control phenomenon in alcoholics. J Stud Alcohol 29, 598 ff., 1968
- 114) STIMMER, F.: Zur Genese des Jugendalkoholismus: eine Studie aus dem Bereich der psychiatrischen Familiensoziologie. Fortschr Med 97 (40), 1767 ff., 1979
- 115) STRAUS, R.; WINTERBOTTOM, M.T.: Drinking patterns of an occupational group: Domestic servants. J Stud Alcohol 10, 441 ff., 1949
- 116) SUTHERLAND, E.H.; SCHROEDER, H.G.; TORDELLA, C.L.: Personality traits and the alcoholic. J Stud Alcohol 2, 547 ff., 1950
- 117) SYME, L.: Personality characteristics and the alcoholic. J Stud Alcohol 18, 228 ff., 1957
- 118) TECKLENBURG, U.: Die Entwicklung des Alkoholismus in der Schweiz. Ther Umsch 38 (5), 469 ff., 1981
- 119) TRICE, H.M.; WAHL, J.R.: A rank order analysis of the symptoms of alcoholism. J Stud Alcohol 16, 636 ff., 1958
- 120) UNITED STATES OFFICE of Vital Statistics 1961, Mortality in 1950 by Occupation and Industry. Special Reports No. 53, Washington D.C.
- 121) YAMANE, H.; KATON, N.; FUJITA, T.: Characteristics of three groups of men alcoholics differentiated by age at first admission for alcoholism treatment in Japan. J Stud Alcohol 41 (1), 100 ff., 1980
- 122) WALLER, S.; LORCH, B.: Social and psychological characteristics of alcoholics, A male-female comparison. Int J Addict 13 (2), 201 ff., 1978
- 123) WALTON, H.J.: Personality as a determinant of the form of alcoholism. Br J Psychiatry 114, 761 ff., 1968
- 124) WIESER, S.; KUNAD, E.: Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. Nervenarzt 36, 477 ff., 1965
- 125) WIESER, S.: Familienstruktur und Rollendynamik von Alkoholikern. in: Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis II/2 2. Aufl. Springer Verlag, Heidelberg, New York 1972, S. 407 ff.

- 126) WIESER, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen, eine Medizin-Soziologische Untersuchung. Nicolai-Verlagsbuchhandlung, Herford 1973, S. 25 ff.
- 127) WIESER, S.; FEUERLEIN, W.: Über die Prävalenz des Alkoholismus. Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit im Bundesland Bremen. Fortschr Neurol Psychiatr 44, 447 ff., 1976
- 128) WILKINS, R.H.: A survey of abnormal drinkers in general practice. Paper presented to 30th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Amsterdam September 1972
- 129) WINOKUR, G.; CLAYTON, P.J.: Family history studies. IV. Comparison of male and female alcoholics. J Stud Alcohol 29, 885 ff., 1968
- 130) WINOKUR, G.; REICH, I.; RIMMER, J.; PITTS, F.N.Jr.: Alcoholism III. Diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands. Arch Gen Psychiatry 23, 104 ff., 1970
- 131) WOOD, H.P.; DUFFY, E.L.: Psychological factors in alcoholic women. Am J Psychiatry 123, 341 ff., 1966
- 132) WORLD HEALTH ORGANISATION Technical Report 42, Expert Committee on Mental Health 1957, Report on First Session of the Alcoholism Subcommittee Genf 1951, S. 8 ff.
- 133) DAUM, A.; EICHER, F.: Bericht über den I. Österreichischen Alkoholgegnertag 1908, Leipzig, Wien 1908
- 134) ENGELS, F.: Die Lage der Arbeitenden Klasse in England (1845). Zitiert nach HEGGEN, A.: Elendsalkoholismus. in: Industriekultur in Hamburg, München 1984, S. 192 ff.
- 135) HUSS, M.: De l'alcoolisme chronique. Ann med psychol 11, 80 ff., 1853
- 136) KAUTSKY, K.: Der Alkoholismus und seine Bekämpfung. in: Die neue Zeit IX, 2 1890/91, S. 1 ff., 40 ff., 77 ff., 103 ff.
- 137) PALLUCH, G.: Katamnestiche Studien zur Alkoholpolyneuropathie. Inaug Diss Bochum 1983
- 138) STATISTISCHES JAHRBUCH 1982 für die Bundesrepublik Deutschland. Hrsg.: Statistisches Bundesamt/Wiesbaden, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart/Mainz, S 106

Anlage 1

Fragen zum Schwangerschaftsverlauf:

Besondere Vorkommnisse: ja nein keine Angabe

z. B. Erbrechen, Ödeme, Blutungen

Krankheiten:

z. B. Röteln, Lues, Gestose,
Diabetes mellitus, Nephropathie,
Hypertonie,

Alkohol:

Was:

Wieviel:

Wie oft:

Nikotin:

Wieviel:

Wie lange:

Tabletten:

Was:

Wieviel:

Wie lange:

Drogen:

.....

Vorausgegangene Geburten:

Mehrlingsschwangerschaften:

Frühgeburten:

Totgeburten:

Aborte:

Eigene Geburt:

Zu früh:

Zu spät:

Besonderer Verlauf:

<u>Kindliche Entwicklung:</u>	ja	nein	keine Angabe
Neugeborenenkrämpfe:	...	...	...
Kindl. Krampfanfälle:	...	...	...
Epileptische Anfälle:	...	...	...
(Dämmerattacken, Absencen, Blitz- und -Nickkrämpfe, Grand-mal-Anfälle)			
Bes. Disposition zu hohen Fieberanfällen:	...	...	...
Ohnmachtsanfälle:	...	...	...
Unfälle mit Kopfbeteiligung:	...	...	...
Meningitis:	...	...	...
Sonstige schwere Krankheiten:	...	...	...
.....			
Falls Anfälle erlitten:			
Wann:			
Wie oft:			
Arbeitende Mutter:	...	...	...
Heimkind:	...	...	...
Zerrüttete Familienverhältnisse:	...	...	...
Scheidung der Eltern:	...	...	...
Tod von Vater, Mutter, Geschwistern:	...	...	...
Wechsel der Bezugsperson:	...	...	...
Zu geringe, zu große Fürsorge:	...	...	...
Eltern keine echte Autorität:	...	...	...
Sehr verwöhnt:	...	...	...
Zahl der Geschwister:			
Ältestes Kind:	...	...	...
Jüngstes Kind:	...	...	...
Spielverhalten:			
Fähigkeit, sich Freunde zu schaffen:	...	...	...
Schwierigkeiten in der Schule:	...	...	...
z. B. Sitzengeblieben	...	...	...
Schwierig:	...	...	...
Verschlossen:	...	...	...
Einzelgänger:	...	...	...
Spätentwickler:	...	...	...
Sozial apathisch:	...	...	...
Sozial überängstlich	...	...	...
Aggressiv:	...	...	...

Psychologie:

Überbeansprucht:	...	...
Ärger:	...	...
Sorgen:	...	...
Angst:	...	...
Depressionen:	...	...
Sensibel, Übergroße Empfindlichkeit:	...	...
Abgestumpft:	...	...
Hobbys:		
Aversion gegen emotional ansprechende Situationen:	...	
Affektlabil:	...	...
Leistungsorientiert:	...	...
Gewissenhaft:	...	...
Genau:	...	...
Mangel an Anpassungsfähigkeit:	...	...
Selbstkritisch:	...	
Kritikschwach:	...	...
Ich-schwach:	...	...
Unsicher:	...	...
Unausgeglichen:	...	...
Impulsiv:	...	...
Nachgiebig:	...	...
Aktiv:	...	...
Sprunghaft:	...	...
Egoistisch:	...	...
Fehlende oder gestörte Partnerbeziehung:	...	...

<u>Soziologie:</u>	ja	nein	keine Angabe
--------------------	----	------	--------------

Alkoholiker in der Familie oder Verwandtschaft:	...	...	...
---	-----	-----	-----

andere Abhängige " " " "	...	...	...
--------------------------	-----	-----	-----

Epileptiker in der " " "	...	...	...
--------------------------	-----	-----	-----

Psychische Erkrankungen " " "	...	...	...
-------------------------------	-----	-----	-----

.....

Selbstmordversuche in der Familie o.Verwandtsch.:	...	...	...
---	-----	-----	-----

Wohnsituation:

eigene Wohnung, bei den Eltern, beengt, oft umgezogen,			
--	--	--	--

.....

.....

Arbeitsbedingungen:

Welche Ausbildung:			
--------------------------	--	--	--

Abschlüsse:			
-------------------	--	--	--

Jetziger Beruf:			
-----------------------	--	--	--

Beruf oder Firma öfter gewechselt:	...	...	...
------------------------------------	-----	-----	-----

Arbeitslos:	...	...	...
-------------	-----	-----	-----

Früher arbeitslos:	...	...	...
--------------------	-----	-----	-----

Wenn ja: Wie oft, wie lange:			
------------------------------------	--	--	--

Verhältnis zu den Kollegen:			
-----------------------------------	--	--	--

Verhältnis zu den Vorgesetzten:			
---------------------------------------	--	--	--

Beziehung zu den Eltern:			
--------------------------------	--	--	--

Beziehung zu den Geschwistern:			
--------------------------------------	--	--	--

Wird in der Familie Alkohol getrunken:	...	...	...
--	-----	-----	-----

Wer:			
------------	--	--	--

Wann:			
-------------	--	--	--

Was:			
------------	--	--	--

Wieviel:			
----------------	--	--	--

Wird in der Familie geraucht:	...	...	...
-------------------------------	-----	-----	-----

Verheiratet:	...	...	...
--------------	-----	-----	-----

Ledig:	...	...	...
--------	-----	-----	-----

Geschieden:	...	...	...
-------------	-----	-----	-----

Verwitwet:	...	...	...
------------	-----	-----	-----

Eigener Alkoholkonsum:

Wann, Was, Wieviel, Warum, Wie lange regelmäßig:			
--	--	--	--

.....

.....

Anlage 2

Zuordnung zu den Verlaufsphasen des Alkoholismus nach Jellinek (66)

<u>Prodromalphase:</u>	ja	nein	keine Angabe
Räusche mit Erinnerungslücken:	...	...	...
Heimliches Trinken:	...	...	...
Dauerndes Denken an Alkohol:	...	...	...
Gieriges Trinken der ersten Gläser:	...	...	...
Schuldgefühle:	...	...	...
Vermeiden von Anspielungen auf Alkohol:	...	...	...

Kritische Phase:

Kontrollverlust nach Beginn des Trinkens:	...	...	...
Alkoholikeralibis:	...	...	...
Widerstand gegen Vorhaltungen:	...	...	...
Großspuriges Benehmen:	...	...	...
Auffallend aggressives Benehmen:	...	...	...
Dauernde Zerknirschung:	...	...	...
Perioden völliger Abstinenz:	...	...	...
Änderung des Trinksystems:	...	...	...
(nicht vor best. Stunden)			
Fallenlassen von Freunden:	...	...	...
Fallenlassen von Arbeitsplätzen:	...	...	...
Konzentration des Verhaltens auf den Alkohol:	...	...	...
Verlust an äußeren Interessen:	...	...	...
Auffallendes Selbstmitleid:	...	...	...
Gedankliche oder tatsächliche Ortsflucht:	...	...	...
Ungünstige Änderungen im Familienleben:	...	...	...
Grundloser Unwille:	...	...	...
Bestreben "seinen Vorrat zu sichern":	...	...	...
Vernachlässigung angemessener Ernährung:	...	...	...
Erste Einweisung ins Krankenhaus			
wegen "körperl." alkohol. Beschwerden:	...	...	...
Abnahme des sexuellen Triebes:	...	...	...
Alkoholische Eifersucht:	...	...	...
Regelmäßiges morgendliches Trinken:	...	...	...

<u>Chronische Phase:</u>	ja	nein	keine Angabe
Verlängerte tagelange Räusche:	...	...	...
Bemerkenswerter ethischer Abbau:	...	...	...
Beeinträchtigung des Denkens:	...	...	...
Passagere alkohol. Psychosen:	...	...	...
Trinken mit Personen weit unter dem eigenen Niveau	...	...	...
Zuflucht zu technischen Alkoholprodukten:	...	...	...
Verlust der Alkoholtoleranz:	...	...	...
Angstzustände:	...	...	...
Tremor:	...	...	...
Psychomotorische Hemmung:	...	...	...
Das Trinken nimmt den Charakter der Besessenheit an:	...	...	...
Versagen des Erklärungssystems:	...	...	...

Anlage 3

Gießen-Test entnommen aus:

Beckmann, D.; Richter, H.E.: Gießen-Test, Handbuch (15)

Name des Beurteilten

Beruf

Geburtsdatum

Testdatum

ausgefüllt von

Es geht in diesem Fragebogen darum, wie Sie eine bestimmte Person sehen und empfinden. Bitte, tragen Sie Ihren Eindruck auf einer Skala ein. Die Skala hat ihren Mittelpunkt bei 0 und reicht jeweils von 1 bis 3 nach links oder rechts.

0 = Sie glauben, daß das Verhalten dieser Person im Vergleich zu anderen Menschen unauffällig ist. 0 bedeutet also, daß diese Haltung bzw. Einstellung im Vergleich zu anderen Menschen in der Mitte liegt. (Z. B. Nr. 1: Hat man den Eindruck, daß die zu beurteilende Person im Vergleich zu anderen Menschen weder ungeduldig noch geduldig ist, dann wird 0 angekreuzt). Weicht das Verhalten nach einer Seite hin ab, so kreuzen Sie bitte je nach Ausmaß 1, 2 oder 3 an.

1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig	3 2 1 0 1 2 3	eher geduldig.
2	Ich glaube, ich suche eher	3 2 1 0 1 2 3	ich meide eher Geselligkeit
3	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, andere zu lenken	3 2 1 0 1 2 3	von anderen gelenkt zu werden.
4	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig beeinflussen.
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.
6	Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen	3 2 1 0 1 2 3	meinen Ärger irgendwie abzureagieren.
7	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark	3 2 1 0 1 2 3	kaum daran interessiert, andere zu übertreffen.
8	Ich halte mich für sehr wenig	3 2 1 0 1 2 3	besonders ängstlich.
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher besonders zufrieden	3 2 1 0 1 2 3	eher unzufrieden sind.
10	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	besonders wenig Vertrauen.
11	Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von meinen Bedürfnissen nach Liebe.
12	Ich glaube, ich meide eher	3 2 1 0 1 2 3	suche eher sehr engen Anschluß an einen anderen Menschen.
13	Ich glaube, ich kann im Vergleich zu anderen eher gut	3 2 1 0 1 2 3	eher schlecht mit Geld umgehen.
14	Ich halte mich selten	3 2 1 0 1 2 3	oft für sehr bedrückt.

15	Ich habe den Eindruck, ich gebe im allgemeinen viel	3 2 1 0 1 2 3	sehr wenig von mir preis.
16	Ich schätze, es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen.
17	Ich glaube, ich habe es eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.
18	Ich glaube, ich bin mit der Wahrheit eher großzügig	3 2 1 0 1 2 3	eher übergenu.
19	Ich habe den Eindruck, ich gehe eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer aus mir heraus.
20	Ich glaube, im Vergleich zu meinen Altersgenossen wirke ich in meinem Benehmen eher jünger	3 2 1 0 1 2 3	eher älter.
21	Ich habe den Eindruck, ich bin eher sehr wenig ordentlich	3 2 1 0 1 2 3	eher überordentlich.
22	Ich schätze, ich gerate besonders häufig	3 2 1 0 1 2 3	besonders selten in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.
23	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig	3 2 1 0 1 2 3	für wertvoll hält.
24	Ich habe den Eindruck, ich schaffe mir im Leben eher besonders viel Mühe	3 2 1 0 1 2 3	eher Bequemlichkeit.
25	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern	3 2 1 0 1 2 3	eher sehr nahe.
26	Ich glaube, ich habe im Vergleich zu anderen eher besonders viel	3 2 1 0 1 2 3	eher wenig Phantasie.
27	Ich glaube, ich lege kaum	3 2 1 0 1 2 3	sehr viel Wert darauf, schön auszusehen.
28	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.

29	Ich denke, ich mache mir selten	3 2 1 0 1 2 3	immer Selbstvorwürfe.
30	Ich glaube, ich kann einem Partner außerordentlich viel	3 2 1 0 1 2 3	wenig Liebe schenken.
31	Ich glaube, ich benehme mich im Vergleich zu anderen besonders fügsam	3 2 1 0 1 2 3	besonders eigensinnig.
32	Ich glaube, ich mache mir verhältnismäßig selten	3 2 1 0 1 2 3	verhältnismäßig oft große Sorgen um andere Menschen.
33	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht	3 2 1 0 1 2 3	eher gut, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.
34	Ich glaube, ich bin im Vergleich zu anderen in der Liebe intensiv	3 2 1 0 1 2 3	wenig erlebnisfähig.
35	Ich denke, ich habe sehr gute	3 2 1 0 1 2 3	sehr schlechte schauspielerische Fähigkeiten.
36	Ich glaube, daß man mich im allgemeinen eher als stark	3 2 1 0 1 2 3	eher als schwach einschätzt.
37	Ich habe den Eindruck, ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht, auf andere anziehend zu wirken.
38	Ich glaube, ich habe es im Vergleich zu anderen eher leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher schwer, bei einer Sache zu bleiben.
39	Ich glaube, ich kann sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	sehr leicht ausgelassen sein.
40	Ich fühle mich im Umgang mit dem anderen Geschlecht unbefangen	3 2 1 0 1 2 3	sehr befangen.

Anlage 4

Beschreibung der Standardskalen des Gießen-Testes
aus Gießen Test, Handbuch von Beckmann, Dieter;
Richter, Horst-Eberhard (15).

Skala 1: Soziale Resonanz

Zusammensetzung aus folgenden Items:

Nr. 37, 16, 23, -9, 33, 27

Kurzbeschreibung:

Links:

Negativ sozial resonant
unattraktiv, unbeliebt, miß-
achtet, in der Arbeit kriti-
siert, nicht durchsetzungs-
fähig, an schönem Aussehen
desinteressiert.

Rechts:

Positiv sozial resonant
anziehend, beliebt, geachtet,
in der Arbeit geschätzt,
durchsetzungsfähig, an schönem
Aussehen interessiert.

Skala 2: Dominanz

Zusammensetzung aus folgenden Items:

Nr. 22, -31, 3, 35, 28, 1

Kurzbeschreibung:

Links:

Dominant
häufig in Auseinandersetzun-
gen verstrickt, eigensinnig,
gern dominierend, begabt zum
Schauspielern, schwierig in
enger Kooperation, ungedul-
dig.

Rechts:

Gefügig
selten in Auseinandersetzungen
verstrickt, fügsam, gern sich
unterordnend, unbegabt zum Schau-
spielern, unschwierig in enger
Kooperation, geduldig.

Skala 3: ____Kontrolle

Zusammensetzung aus folgenden Items:

Nr. -13, 21, -24, 18, -38, -39

Kurzbeschreibung:

Links:

Unterkontrolliert

unbegabt im Umgang mit Geld,
unordentlich, bequem, eher
pseudologisch, unstetig,
fähig zum Ausgelassensein.

Rechts:

Überkontrolliert

begabt im Umgang mit Geld,
überordentlich, übereifrig,
eher wahrheitsfanatisch, stetig,
unfähig zum Ausgelassensein.

Skala 4: ____Grundstimmung

Zusammensetzung aus folgenden Items:

Nr. 14, 5, 8, 29, -6, -4

Kurzbeschreibung:

Links:

Hypomanisch

selten bedrückt, wenig zur
Selbstreflektion neigend,
wenig ängstlich, kaum selbst-
kritisch, Ärger eher heraus-
lassend, eher unabhängig.

Rechts:

Depressiv

häufig bedrückt, stark zur
Selbstreflektion neigend,
sehr ängstlich, sehr selbstkri-
tisch, Ärger eher hineinfressend,
eher abhängig.

Skala 5: ____Durchlässigkeit

Zusammensetzung aus folgenden Items:

Nr. 19, -25, 15, 11, 10, 34

Kurzbeschreibung:

Links:

Durchlässig

aufgeschlossen, anderen nahe,
eher viel preisgebend, Lie-
besbedürfnisse offen aus-
drückend, eher vertrauens-
seelig, intensiv in der Lie-
be erlebnisfähig.

Rechts:

Retentiv

verschlossen, anderen fern,
eher wenig preisgebend, Liebes-
bedürfnisse zurückhaltend,
eher mißtrauisch, in der Lie-
be wenig erlebnisfähig.

Skala 6: Soziale Potenz

Zusammensetzung aus folgenden Items:

Nr. 2, 40, 30, 7, 17, 26

Kurzbeschreibung:

Links:

Sozial potent

gesellig, im heterosexuellen
Kontakt unbefangen, sehr hin-
gabefähig, deutlich kon-
kurrierend, fähig zu Dauer-
bindungen, phantasiereich.

Rechts:

Sozial impotent

ungesellig, im heterosexuellen
Kontakt befangen, wenig hinga-
befähig, kaum konkurrierend,
kaum fähig zu Dauerbindungen,
phantasiearm.

Lebenslauf

Name: Renate Gisela Bauer

Geburtstag, Geburtsort: 20.09.1958 in München

Familienstand: ledig

Schulbildung:

1964 - 1968 Besuch der 1. - 4. Klasse in der
Grundschule Berg-am-Laim in München

1968 - 1977 Besuch der 5. - 13. Klasse im
St.-Anna-Gymnasium in München

Studium:

WS 77/78-SS 82 Studium der Medizin bis zum Abschluß
des 2. Teils des Staatsexamens an
der Ruhr-Universität Bochum

WS 82/83-SS 83 Praktisches Jahr im
Allgemeinen Krankenhaus für die
Stadt Hagen, Lehrkrankenhaus der
Universität Essen

Approbation: 07.11.1983

Berufstätigkeit:

November 1984 wissenschaftliche Angestellte am
Institut für klinische Chemie und
Biochemie des
Universitätsklinikums Steglitz,
Berlin

A b s t r a c t

BAUER, RENATE

GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE BEI GAMMA- UND DELTA-ALKOHOLIKERN HINSICHTLICH PERSÖNLICHKEIT, SOZIALER ENTWICKLUNG, UMFELD UND EINSTELLUNG ZUR SUCHT:

Von 103 Männern, die in der Zeit vom 1.10.1980 bis zum 30.9.1981 in der Neurologischen Klinik des St.Josef-Hospitals wegen eines drohenden oder bereits eingetretenen Alkoholdelirs behandelt werden mußten, waren nur 61 zu einem Gespräch bereit. Sie können je zur Hälfte in den Kreis der Gamma-Alkoholiker und den der Delta-Alkoholiker eingeordnet werden.

Gemeinsamkeiten finden sich in den allgemeinen sozialen Daten. Das gleiche gilt für den Zeitpunkt der ersten Trinkerfahrungen, das Alter zu Beginn und die Dauer des Mißbrauchs.

Ledige und geschiedene Kranke sind überdurchschnittlich häufig in beiden Gruppen zu finden.

Unterschiede zeigen sich im Durchschnittsalter der Gamma-Alkoholiker, das fast 4 Jahre unter dem der Delta-Alkoholiker liegt. Die Gamma-Alkoholiker befinden sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit. 40 % weisen eine Abnahme der Alkoholtoleranz auf. Sie nehmen täglich das 1,5fache der Alkoholmenge der Delta-Alkoholiker zu sich, wobei sie konzentrierte Getränke bevorzugen. Die Delta-Alkoholiker dagegen zählen zu den Biertrinkern. Während die Hälfte der Delta-Alkoholiker zu den sog. Gesellschaftstrinkern zu rechnen ist, trinken 87 % der Gamma-Alkoholiker isoliert, in der Absicht, ihr seelisches Befinden zu verbessern. 27 % betreiben gleichzeitig Drogenmißbrauch.

Störungen in den Beziehungen zu den Mitmenschen sind bei den Gamma-Alkoholikern noch häufiger als bei den Delta-Alkoholikern. Die berufliche Stabilität der Gamma-Alkoholiker ist geringer. Ihre Arbeitslosenrate ist mit 40 % fast doppelt so hoch wie die der Delta-Alkoholiker.

In der Selbstdarstellung im Gießener Persönlichkeitsinventar weichen die Gamma-Alkoholiker im Gegensatz zu den Delta-Alkoholikern deutlich von den Angaben des Normalkollektivs ab.

